EUGEN AVRAM
- Coordonator -

PSIHOLOGIA SĂNĂTĂȚII







EDITURA UNIVERSITARĂ

PSIHOLOGIA SĂNĂTĂȚII

VOLUMUL 8

ABORDĂRI VALIDATE ȘTIINȚIFIC



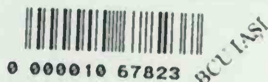
EUGEN AVRAM

- Coordonator -

PSIHOLOGIA SĂNĂTĂȚII

VOLUMUL 8

ABORDĂRI VALIDATE ȘTIINȚIFIC







EDITURA UNIVERSITARĂ
București, 2014

Redactor: Gheorghe Iovan
Tehnoredactor: Ameluţa Vişan
Coperta: Monica Balaban

Editură recunoscută de Consiliul Naţional al Cercetării Ştiinţifice (C.N.C.S.) şi inclusă de Consiliul Naţional de Atestare a Titlurilor, Diplomelor şi Certificatelor Universitare (C.N.A.T.D.C.U.) în categoria editurilor de prestigiu recunoscut.

Descrierea CIP a Bibliotecii Naţionale a României
Psihologia sănătăţii / coord.: Eugen Avram. - Bucureşti :
Editura Universitară, 2010-
vol.
ISBN 978-973-749-942-4
Vol. 8. - 2013. - ISBN 978-606-591-886-3

I. Avram, Eugen (coord.)

159.9:616

DOI: (Digital Object Identifier): 10.5682/9786065918863

Editor: Vasile Muscalu
B-dul. N. Bălcescu nr. 27-33, Sector 1, Bucureşti
Tel.: 021 – 315.32.47 / 319.67.27
www.editurauniversitara.ro
e-mail: redactia@editurauniversitara.ro

Distribuţie: tel.: 021-315.32.47 /319.67.27 / 0744 EDITOR / 07217 CARTE
comenzi@editurauniversitara.ro
O.P. 15, C.P. 35, Bucureşti
www.editurauniversitara.ro

Eugen Avram este Conferenţiar universitar, doctor în psihologie, Directorul Departamentului de Psihologie a Universităţii din Bucureşti; psiholog clinician la Spitalul Bagdasar-Arseni din Bucureşti. Este coordonator al programului de master *Psihologia sănătăţii: cercetare şi optimizare comportamentală*, Facultatea de Psihologie şi Ştiinţele Educaţiei, Universitatea din Bucureşti. Email: eugen.avram@fpse.unibuc.ro

Barbara Crăciun este lector universitar la Universitatea "Titu Maiorescu" din Bucureşti, doctor în psihologie, psihoterapeut şi formator în hipnoză şi psihoterapii cognitiv-comportamentale.

Romeo Zeno Creţu este conferenţiar univ. dr. în Departamentul de Psihologie al Universităţii din Bucureşti. Domeniile predilecte de cercetare şi activitate didactică sunt psihologia personalităţii şi metodologia cercetării psihologice. Este coordonatorul programului de master *Psihologie organizaţională şi managementul resurselor umane.*

Simona Maria Glăveanu este psiholog, doctor în psihologie, lector universitar la Universitatea Ecologică din Bucureşti; absolventă a Facultăţii de Psihologie şi Ştiinţele Educaţiei din cadrul Universităţii Bucureşti; absolventă a programelor de masterat: „Psihologie organizaţională şi economică"/ Universitatea Bucureşti şi „Psihoterapii cognitiv-comportamentale"/ Universitatea „Titu Maiorescu".

Irina Holdevici este profesor universitar dr. la Universitatea „Titu Maiorescu", formator în hipnoză şi psihoterapii cognitiv-comportamentale. Autor a numeroase volume şi studii privind psihoterapie; fondator al *Asociaţiei de Hipnoterapie şi Psihoterapie Cognitiv-Comportamentală* (AHPCC).

Daniela Ionescu este psihoterapeut şi cercetător, a absolvit Facultatea de Psihologie şi Ştiinţele Educaţiei, Universitatea Bucureşti şi două programe de master (Sănătate ocupaţională la Universitatea din Bucureşti şi psihoterapie la Universitatea Babeş-Bolyai din Cluj-Napoca). Este doctorand la Universitatea Al. I. Cuza din Iaşi.

Denisa-Mihaela Marin este psiholog clinician, a absolvit Facultatea de Psihologie şi Ştiinţele Educaţiei, Universitatea Bucureşti şi masterul de psihologie clinică.

Aurel Mohan este medic neurochirurg, doctor în medicină, asistent universitar, Universitatea din Oradea, Facultatea de Medicină şi Farmacie.

Dumitru Mohan este conferenţiar universitar dr. Facultatea de Medicină şi Farmacie din Oradea, medic primar neurochirurg şi şef al Clinicii de Neurochirurgie din cadrul Spitalului Clinic Judeţean de Urgenţă Oradea, Preşedinte al Colegiului Medicilor din Bihor, membru al Uniunii Medicale Balcanice.

Corina-Luiza Olteanu este psiholog clinician, a absolvit Facultatea de Psihologie şi Ştiinţele Educaţiei, Universitatea Bucureşti şi masterul de psihologie clinică.

Andrada Pârvu este medic specialist hematolog, doctor în ştiinţe medicale, formator pentru educaţia adulţilor, consiliere psihologică, comunicare, formarea formatorilor, orientare profesională a tinerilor. Este fondator al Grupului de suport psihologic pentru pacienţii cu hemopatii care se desfăşoară în Clinica de Hematologie Cluj din 2005.

Horia Pleş este medic primar neurochirurg, doctor în medicină. Şef secţie clinica de neurochirurgie Timişoara, şef disciplină neurochirurgie UMF Timişoara, Preşedinte C.A. a Centrului de Diagnostic Imagistic "Neuromed" Timişoara, Preşedinte Asociaţia Serviciilor Private de Ambulanţă din România.

Ovidiu Pop este lector universitar dr. în Departamentul de Psihologie/ Facultatea de Psihologie şi Ştiinţele Educaţiei, Universitatea Bucureşti, formator în psihoterapie.

Şerban A. Zanfirescu este psihoterapeut în formare, masterand al programului de Psihologia Sănătăţii – Cercetare Clinică şi Optimizare Comportamentală, din cadrul Facultăţii de Psihologie şi Ştiinţele Educaţiei, Universitatea Bucureşti.

CUPRINS

CALITATEA VIEȚII: MODELE CONCEPTUALE ȘI INSTRUMENTE DE EVALUARE

Romeo Z. Crețu

1. Scurt istoric al conceptului de calitate a vieții

Lansat la jumătatea secolului trecut, conceptul de calitate a vieții a constituit un centru de interes pentru cercetările din domeniul medical, în special în raport cu afecțiunile cronice, cu un puternic efect de invalidare. Printre acestea, cel mai frecvent studiate au fost tulburările osteo-articulare, afecțiunile cardio-circulatorii și cancerul. Încă din anul 1948, Karnofski a realizat o serie de studii ce evaluau nivelul de performanță și starea psihologică a bolnavilor de cancer, însă abia în anul 1966, Elkinton, a utilizat pentru prima dată conceptul de „calitate a vieții" într-o publicație medicală (apud Lăzărescu, 1999).

În cercetările medicale, termenul a fost utilizat în special pentru măsurarea efectelor bolilor cu evoluție pe termen lung și pentru identificarea modificărilor produse de acestea în viața de zi cu zi a pacienților. Un alt scop important al studiilor întreprinse în domeniul medical a fost estimarea consecințelor pe termen scurt și lung ale diferitelor disabilități și tulburări în cadrul diverselor populații (Chandrashekar & Benshoff, 2007). Albrecht și Fitzpatrick (1994) au identificat patru motive pentru care este importantă evaluarea calității vieții în medicină:

- planificarea optimă a îngrijirii clinice a pacientului;
- aprecierea serviciilor de sănătate;
- identificarea nevoilor de sănătate;
- justificarea alocării resurselor necesare îngrijirii.

După introducerea conceptului în medicina generală, acesta a fost treptat inclus și în studiile psihiatrice, respectiv psihologice. Astfel, tulburările cu evoluție îndelungată, ce invalidează bolnavul sub numeroase aspecte ale vieții personale, sociale și profesionale au constituit un centru de interes pentru evaluarea modificării calității vieții în contextul bolii. Astfel de boli invalidante sunt: schizofrenia, tulburările bipolare, depresia, tulburările anxioase etc.

Astăzi, conceptul de calitate a vieții capătă o extensie din ce în ce mai largă, el fiind aplicat în evaluarea modului de adaptare al persoanelor ce suferă de afecțiuni infraclinice (de exemplu: tulburări de personalitate) sau a celor ce caută optimizări psihologice și de funcționare socială și/ sau profesională, fără a fi diagnosticate cu o anumită condiție medicală. Pentru fiecare din aceste contexte de referință, modul de conceptualizare a calității vieții comportă soluții ușor diferite. De exemplu, Patrick și Erickson (1993) au inclus în definirea și măsurarea calității vieții următoarele aspecte: percepția oamenilor cu privire la planul social, fizic, psihologic, percepția sănătății și a oportunităților personale.i Alți autori au definit

calitatea vieţii în termeni de stare de bine în plan fizic, psihic şi social (Haas, 1999).

Iniţial, în special în medicina generală şi în psihiatrie, au fost favorizate definiri de tip obiectiv ale calităţii vieţii. Astfel, susţinătorii conceptualizării obiective a calităţii vieţii au propus o inventariere a condiţiilor fizice de existenţă, cum ar fi standardul locuinţei personale, veniturile materiale, facilităţile materiale de care dispune persoana etc. Alături de acestea, s-au mai avut în vedere posibilităţile de deplasare, comunicarea cu ceilalţi, dar şi funcţionarea persoanei în roluri sociale. Astfel de definiţii operaţionale sunt prezente în instrumentul WHOQoL propus de Harper şi Power (1999).

Ulterior, au fost introduse şi definiţii subiectivate ale conceptului, în care operaţionalizarea conceptului alocă o pondere mai mare dimensiunilor subiective comparativ cu cele obiective. Interesant este că una din definiţiile de acest tip a fost propusă chiar de către Organizaţia Mondială a Sănătăţii (OMS). Astfel, conform OMS: *„Calitatea vieţii reprezintă percepţia oamenilor cu privire la poziţia lor în viaţă, în raport cu scopurile lor şi cu sistemul de valori pe care l-au acceptat şi interiorizat, din perspectiva deciziilor pe care le iau"* (apud. Lăzărescu, 1999). Această definiţie surprinde în mod evident aspectul subiectiv al termenului de calitate a vieţii. Definiţia a determinat apariţia unei poziţii critice vis-a-vis de conceptualizarea, operaţionalizarea şi măsurarea subiectivată. În special cercetătorii din domeniul psihiatriei şi-au pus problema apariţiei unor distorsiuni specifice afecţiunilor psihiatrice care ar putea deforma percepţia fericirii, satisfacţiei şi propriei bunăstări psihologice.

2. Modele conceptuale ale calităţii vieţii

Modelul satisfacţiei

Acest model a fost dezvoltat în paşi succesivi de mai mulţi autori. Lucrările lui Campbell et al. (1976) şi ale lui Andrews şi Withey (1976), au furnizat primele operaţionalizării ale conceptului de calitatea a vieţii, în baza satisfacţiei. Potrivit acestor autori, măsurarea calităţii vieţii implică atât evaluarea stării globale de bine, cât şi satisfacţia în diferite domenii ale vieţii, incluzând aici atât indicatori subiectivi, cât şi obiectivi. Iniţial, dimensiunea subiectivă a calităţii vieţii a fost evaluată sub aspectul stării psihologice de bine a persoanei, precum şi sub aspectul sentimentului de fericire, de satisfacţie globală a vieţii. Starea de bine poate fi corelată în normalitate cu evenimentele de viaţă trăite, însă anormal, poate fi modificată prin cumularea psihotraumelor, prin oscilaţii endocrine sau, patologic, în cazul bolilor psihice. Atât starea de bine subiectivă, cât şi satisfacţia vieţii nu se rezumă la trăirile afective. Ambele implică şi evaluări cognitive, motiv pentru care, în cazul anumitor afecţiuni psihice ce sunt însoţite de distorsiuni cognitive, diminuarea percepţiei calităţii vieţii se poate datora acestor distorsiuni (Lăzărescu, 1999).

Accentul pe dimensiunea subiectivă, în definirea a calităţii vieţii, a fost pus ulterior şi de Lehman (1983), potrivit căruia calitatea vieţii este *„o chestiune*

subiectivă, reflectată de starea de bine globală". Mai mulți autori au căzut de acord că starea de bine generală ar fi condiționată de trei mari tipuri de variabile (Baker și Intagliata, 1982; Lehman, 1988):

- caracteristicile personale;
- calitatea obiectivă a vieții în diferite domenii de viață;
- calitatea subiectivă în aceleași domenii ale vieții.

Printre domeniile de viață care ocazionează evaluări obiective și subiective au fost enumerate: activitățile recreaționale, contactele sociale, suportul social, stima de sine, profesia și statutul profesional, veniturile, alimentația, îngrijirile medicale, religia, siguranța etc. Modelul a fost ulterior adaptat la populația pacienților cu tulburări psihiatrice cronice (Lehman et al., 1988).

Modelul satisfacției lansează asumpția de bază că nivelul calității vieții ar fi maxim în măsura în care condițiile sociale ar corespunde deplin nevoilor și dorințelor indivizilor. Modelul satisfacției nu specifică clar care sunt nevoile și dorințele oamenilor, de care depinde calitatea vieții lor.

Multe din scalele ce au măsurat calitatea vieții în studiile psihiatrice, au evaluat satisfacția vieții ca măsură a percepției subiective a calității vieții, dar nu au avut succes în identificarea predictorilor satisfacției vieții sau a relației dintre aceasta și starea subiectivă de bine. Unii autori au arătat că indivizii pot trăi în același timp sentimente de satisfacție, dar și de frustrare. Dacă însă nivelul de satisfacție nu corelează cu condițiile obiective, se pune problema interpretării satisfacției.

Angermeyer și Kilian (1997) arătau că un nivel ridicat de satisfacție al pacientului cu privire la un anumit domeniu al vieții sale, poate fi interpretat alternativ în cel puțin trei moduri distincte. În primul rând, poate fi interpretat ca o potrivire între ceea ce își dorește și ceea ce primește/are pacientul în acel domeniu al vieții. În al doilea rând, poate fi rezultatul faptului că acel domeniu are o atât de mică importanță pentru pacient, încât satisfacția sa nu e afectată de condițiile obiective de viață. În al treilea rând, este posibil ca pacientul să-și fi adaptat propriile dorințe la oportunitățile percepute, ceea ce înseamnă că, în acest caz, satisfacția reprezintă în realitate o resemnare. Conform lui Angermeyer și Kilian (1997), doar primul din cele trei argumente poate justifica evaluarea satisfacției ca indicator valid al calității vieții. Anumite studii privind satisfacția vieții la pacienții psihiatrici cronici relevă niveluri crescute ale acesteia în majoritatea domeniilor vieții. Este dificil de stabilit dacă aceste niveluri înalte de satisfacție pot fi interpretate ca indicatori ai calității vieții sau dacă ar trebui atribuite altor factori, ce țin de condiția patologică a pacienților. Apare deci imposibilitatea de a distinge între satisfacția succesului sau satisfacția resemnării, mai ales în cazul pacienților ale căror condiții de viață sunt sub standardele general acceptate (Barry, 1997).

Modelul combinat importanță-satisfacție

Acest model corectează modelul simplu al satisfacției. Modelul include alături de factorul *satisfacție subiectivă* și factorul *grad de importanță* pe care un anumit domeniu al vieții o are pentru o persoană. Potrivit lui Becker et al. (1993),

sistemele de evaluare a calității vieții nu țin cont de diversitatea culturală și nu reflectă faptul că diferitele aspecte ale vieții nu au aceeași importanță pentru fiecare individ.

În măsura în care oamenii diferă ca valori și preferințe individuale, condițiile obiective ale aspectelor particulare ale vieții vor afecta și calitatea subiectivă vieții în moduri diferite. Astfel, pentru o persoană cu aspirații modeste pentru domeniul ocupațional, oportunitățile de promovare nu vor fi un criteriu important pentru satisfacția profesională, în timp ce pentru un individ cu aspirații înalte acesta va fi criteriul cel mai important. De aceea, același grad de satisfacție profesională va avea sensuri diferite în cazul acestor două persoane. Fără o evaluare a importanței pe care un anume domeniu de viață sau o parte a acestui domeniu îl reprezintă pentru pacient va fi imposibil de explicat de ce persoane care trăiesc în condiții obiective complet diferite prezintă același grad de satisfacție.

Deși modelul combinat importanță-satisfacție lărgește considerabil capacitatea de predicție a calității vieții, el nu soluționează toate problemele de interpretare mai sus menționate. În timp ce accentuează semnificația valorilor și preferințelor individuale, acest model neglijează caracterul dinamic al acestor atitudini. Cercetările în domeniul disonanței cognitive au furnizat evidențe că persoanele sunt capabile și dornice să-și schimbe valorile și preferințele sub presiunea mediului și a disonanței cognitive. De aceea, nu putem exclude posibilitatea că importanța scăzută a unui anumit domeniu de viață, menționat de un pacient în timpul interviului despre calitatea vieții, reprezintă de fapt o adaptare resemnată la condițiile sale frustrante de viață.

Modelul funcționării în roluri sociale

Acest model arată că realizarea satisfacției de viață, ca variabilă majoră a calității vieții, este dependentă de contextul social. Conform lui Bigelow et al. (1982), atât fericirea cât și satisfacția sunt legate de condițiile sociale și de mediu necesare pentru a satisface nevoile bazale ale omului. Autorii consideră că satisfacția este condiționată de realizarea nevoilor bazale (hrana, adăpostul și siguranța) sau superioare (afilierea, stimă, autonomie și auto-realizare), descrise de Maslow (1954), dar la fel de importante pentru analiză sunt . variabilele de mediu, respectiv oportunitățile prin care individul își poate satisface nevoile. Oportunitățile sunt atât de ordin material (locuința și hrana), dar mai ales sunt oportunități sociale. Acestea din urmă sunt cuprinse în rolurile sociale, precum cel de prieten, soț, soție, angajat, părinte care, pe de-o parte pot fi utilizate de individ pentru a-și satisface nevoile psihologice, dar care pe de altă parte sunt asociate cu nevoia de performanță.

Datorită acestei legături dintre oportunitățile și cerințele environmentale, gradul în care un individ își poate satisface nevoile depinde de abilitățile cognitive, afective, comportamentale și perceptuale ale acestuia de a răspunde cerințelor corespunzătoare diferitelor roluri sociale.

Funcționarea socială poate fi influențată de o serie de factori, cum ar fi factorii de personalitate, nivelul intelectual, anumite simptome sau circumstanțe.

Performanța în exercitarea rolurilor sociale poate fi afectată semnificativ și de o multitudine de boli somatice și psihice care apar după ce persoana s-a dezvoltat și afirmat în diverse roluri sociale. Acestea pot diminua nivelul funcționării sociale. Potrivit lui Wiersma (1997), tulburările mentale puternic corelate cu disfuncționalitățile sociale sunt în special schizofrenia și tulburările afective majore, precum și tulburările de personalitate.

Pentru o perioadă lungă de timp, disfuncționarea socială a fost considerată parte a acestor tulburări mentale, criteriile de diagnostic a acestora fiind și în prezent derivate din domeniul profesional și al relațiilor sociale. Disfuncționarea socială ca efect al unei boli sau tulburări a fost conceptualizată în termeni de dizabilitate socială sau handicap de rol, dar manualele de diagnostic cum ar fi ICD sau DSM nu oferă o soluție adecvată problemei clasificării și măsurării disfuncționării sociale.

OMS a publicat în anul 1980 clasificarea ICIDH (International Classification of Impairments, Disabilities & Handicaps), ce a oferit un model conceptual util pentru studiul consecințelor pe termen lung ale disabilităților sociale. Clasificarea propusă distingea trei niveluri de experiențiere și consecințe ale bolii sau tulburării:

- deficiența, care se referă la o anormalitate la nivelul structurii sau funcției psihologice, fiziologice sau anatomice, constituind exteriorizarea unei stări patologice;
- disabilitatea, care reprezintă tulburarea sau lipsa abilității de a realiza o activitate, având la bază una sau mai multe deficiențe post-maladive;
- handicapul, care se referă la consecințele sociale nefavorabile, la dezavantajele ce rezultă din disabilități și deficiențe, consecutive unor boli cronice.

Ulterior termenii propuși de această clasificare au fost nuanțați, conceptul de disabilitate fiind tot mai mult înlocuit de cel de „deficiență în acțiuni specific umane", iar cel de handicap de prin „deficiența în integrarea socială". În 1987, OMS a publicat manualul de Clasificare a afectărilor, activităților și participărilor (CIA DH-2), unde funcționarea în roluri sociale consecutivă disabilităților sunt denumite „deficiențe în participarea la viața socială" (Lăzărescu, 1999).

Prin încorporarea teoriei rolului social în conceptul calității vieții, Bigelow et al. (1982) au crescut comprehensiunea teoretică a asocierii dintre starea de bine subiectivă și condițiile de mediu. Tryer și Casey (1993), considerau că performanța de rol, mai mult decât oricare alt factor, surprinde integrarea și participarea persoanei la viața comunității sau societății din care face parte. Din acest motiv performanța de rol trebuie considerată o dimensiune cheie în evaluarea calității vieții.

Totuși, au fost formulate unele critici, în special legate de aplicabilitatea modelului în evaluarea calității vieții persoanelor cu tulburări mentale. Angermeyer și Kilian (1997) arătau că o consecință a nesatisfacerii permanente a unei nevoi bazale, cum este de exemplu cea de siguranță, poate domina structura de nevoi într-un mod patologic. Deoarece multe forme de boli mentale sunt asociate cu astfel de domenii patologice ale nevoii de siguranță, pare inadecvat să focalizăm orice teorie a calității vieții bolnavilor mentali doar pe satisfacerea unor nevoi de ordin mai înalt. De asemenea, asumarea implicită a faptului că doar rolurile sociale

convenţionale furnizează oportunităţi pentru satisfacerea nevoilor, limitează studiul celor bolnavi mental. Aceştia au frecvent nevoi specifice, datorate bolii lor, de exemplu, pentru îngrijire, protecţie, beneficii financiare, medicaţie, terapie, fiind obligaţi să facă faţă cerinţelor rolului de bolnav.

Modelul procesual dinamic al calităţii vieţii

Angermeyer şi Killian (1997) au pornit de la observaţia că modelele teoretice ale calităţii vieţii persoanelor bolnave mental accentuează importanţa evaluării subiective a pacienţilor privind condiţiile lor obiective de viaţă, dar neglijează dinamica şi factorii care influenţează aceste evaluări subiective. Punctul de pornire în analiza acestor dinamici ar trebui să fie un model al satisfacerii nevoilor umane, care să ia în considerare trei categorii de factori:

- factorii environmentali-contextuali/ condiţiile generale de viaţă;
- factorii de ordin personal;
- factorii de adaptare cognitivă.

În acest model de tipul persoană-environment, mediul este considerat o sursă de oportunităţi atât materiale, cât şi sociale prin care trebuinţele persoanei pot fi satisfăcute. Oportunităţile sociale sunt asociate însă cu cerinţele de performanţă. Astfel, gradul în care nevoile persoanei pot fi satisfăcute depinde în mare măsură de abilitatea acesteia de a îndeplini cerinţele diferitelor roluri sociale (Katschnig et al., 1997). Potrivit lui Lăzărescu (1999) factorii contextuali operaţionalizează următoarele aspecte:

- calitatea locuinţei, privită din perspectiva comodităţii, dar şi a facilităţilor; de calitatea locuinţei se leagă şi relaţiile cu vecinii, gradul de acceptare – factori ce ţin mai degrabă de mediul social.
- comunicarea prin deplasare, privită sub aspectul calităţii mijloacelor de transport în comun, calitatea drumurilor, existenţa mijloacelor personale de deplasare, dar şi comunicarea la distanţă prin telefon sau alte mijloace.
- siguranţa în viaţa socială şi sentimentul de protecţie în mijlocul comunităţii, aceşti factori putând fi asiguraţi de sistemul de ordine, de legislaţie.
- facilităţile şi şansele pe care le are persoana în grupul, comunitatea sau societatea în care trăieşte, cum ar fi accesul la educaţie, la informare, la cultură, la îngrijiri medicale, şansele la acţiune independentă, eficientă sau creatoare.
- resursele financiare, economice, care pot avea o importanţă deosebită în evoluţia negativă a stărilor maladive, din cauza costului tratamentelor şi a programelor de recuperare de exemplu.
- nivelul de autonomie şi libertate a persoanei, care porneşte de la nivelul autonomiei în deplasare şi se extinde până la nivelul autonomiei în context social, concretizată prin libertatea de manifestare.
- domenii de manifestare a convingerilor şi credinţelor persoanei, cum sunt cele politice sau religioase.

Halpern (1995) deosebea patru căi prin care environmentul poate afecta, pozitiv sau negativ, sănătatea mentală:

1. stresul environmental (poluare, zgomot, condiţii meteo extreme, densitate mare a populaţiei etc);

2. suportul social;

3. aspectele simbolice ale mediului (etichetarea de către ceilalţi din mediul social);

4. relocarea forţată cu efecte negative asupra stării mentale.

Modelul dinamic se bazează pe asumpţia potrivit căreia calitatea subiectivă a vieţii este rezultatul unui proces continuu de adaptare în timpul căruia individul trebuie să concilieze permanent între propriile dorinţe/ scopuri, cu condiţiile mediului său specific şi cu capacitatea sa de a face faţă cerinţelor sociale asociate cu îndeplinirea acestor dorinţe şi scopuri. În cadrul acestui model satisfacţia nu este privită doar ca rezultat final, ci şi ca mecanism care antrenează acest proces. Atunci când sunt examinate rezultatele cercetărilor privind calitatea vieţii bazate pe măsurarea satisfacţiei subiective, acestea vin să sprijine faptul că majoritatea oamenilor posedă o capacitate relativ mare de a-şi menţine nivelul de satisfacţie relativ stabil prin mijloace cognitive şi activităţi conative, chiar şi în condiţiile schimbărilor constante şi obiective ale mediului. Aceasta înseamnă că, dacă un individ se simte nesatisfăcut deoarece percepe o discrepanţă între valorile şi preferinţele sale individuale şi condiţiile actuale de viaţă, el poate reduce insatisfacţia fie prin schimbarea condiţiilor de mediu, fie prin schimbarea valorilor şi preferinţelor sale. Din experienţa de zi cu zi se ştie că oamenii folosesc continuu ambele strategii în diferite combinaţii. Datorită naturii nonrecursive a procesului nevoie-satisfacţie, utilizarea măsurătorilor satisfacţiei subiective ca indicator al calităţii vieţii nu permit diferenţierea calităţii vieţii unui individ care îşi reduce aşteptările în asemenea măsură încât să fie satisfăcut în condiţii precare, obiectiv vorbind şi a cuiva care este satisfăcut cu viaţa datorită realizării tuturor scopurilor la care a aspirat.

Atunci când evaluăm condiţiile de viaţă ale unui individ nu este suficient să avem în vedere o nevoie abstractă de hrană sau relaţii emoţionale, ci trebuie definite standarde explicite privind condiţiile particulare de viaţă prin care aceste nevoi pot fi satisfăcute în mod adecvat. Totuşi, astfel de standarde de calitate pot fi rar stabilite pe baza nevoilor obiective; ele trebuie să fie ghidate de norme şi sisteme de valori general acceptate. Dintr-un punct de vedere obiectiv, evaluarea calităţii vieţii este posibilă comparând condiţiile de viaţă obiective ale unui individ cu aceste standarde generale de satisfacere a nevoilor în societatea din care acesta face parte.

Scopul includerii perspectivei subiective în evaluarea calităţii vieţii constă în special în faptul că sistemul de valori şi preferinţe ale unui individ nu este determinat în întregime de sistemul normativ general al societăţii din care face parte. Sistemele individuale de valori şi preferinţe sunt de asemenea modelate de caracteristicile personale şi experienţele individuale. Desconsiderarea acestui aspect subiectiv al calităţii vieţii ar neglija principiul fundamental potrivit căreia în societăţi pluraliste, fiecare are dreptul să atingă starea de fericire în propriul său mod. Problema centrală a includerii punctului de vedere subiectiv în evaluarea

calităţii vieţii este aceea că, datorită naturii dinamice a procesului de satisfacere a nevoilor descris mai sus, sistemele individuale de valori şi preferinţe pot fi rezultatul unor condiţii de mediu şi individuale coercitive, care şi ele sunt incompatibile cu principiul libertăţii personale.

3. Instrumente de evaluare a calităţii vieţii

Modelele teoretice prezentate mai sus, au furnizat trei dimensiuni centrale pentru operaţionalizarea conceptului de calitate a vieţii, respectiv:
1. starea de bine;
2. statutul funcţional, adică ceea ce persoana este capabilă să facă;
3. factorii contextuali care permit atingerea scopurilor, adică accesul la resurse şi oportunităţi.

Acestea dimensiuni au fost preluate de cele mai multe dintre scalele concepute pentru evaluarea gradului de calitate a vieţii.

Multe scale operaţionalizează atât aspectul obiectiv cât şi cel subiectiv al conceptului de calitate a vieţii. Printre domeniile esenţiale ale calităţii vieţii, operaţionalizate de aceste scale se numără: sănătatea, familia, relaţiile sociale, profesia, statutul financiar etc. În funcţie de gradul de generalitate pot fi deosebite trei perspective de conceptualizare şi măsurare a calităţii vieţii:
- calitatea generală a vieţii;
- calitatea vieţii legată de starea de sănătate;
- calitatea vieţii specifică unei anumite tulburări.

Prin urmare, calitatea vieţii reprezintă un concept suficient de complex. În continuare oferim o prezentare succintă a mai multor instrumente alternative care operaţionalizează şi măsoară calitatea vieţii.

Community Adjustment Form (CAF)

Acest instrument de tip self-report a fost dezvoltat de Stein şi Test (1980), cuprinde 140 de itemi şi a fost elaborat pentru a evalua satisfacţia vieţii în cazul persoanelor cu tulburări mentale. Studiul iniţial în care a fost testat acest instrument a fost realizat pe 130 de pacienţi (55% bărbaţi) cu media de vârstă de 31 ani, jumătate dintre ei fiind diagnosticaţi cu schizofrenie. Calitatea vieţii a fost operaţionalizată prin satisfacţia evaluată în mai multe domenii, cum ar fi: activităţi de petrecere a timpului liber, calitatea condiţiilor de viaţă, statutul profesional şi istoricul angajărilor, veniturile, contactul cu prietenii, contactul cu familia, problemele legale, satisfacţia vieţii, stima de sine, asistenţa medicală.

Satisfaction with Life Domains Scale (SLDS)

Scala a fost elaborată de Baker şi Intagliata (1982), fiind formată din 15 itemi. Scala fost testată iniţial pe un eşantion format din 118 pacienţi cu tulburări psihiatrice cronice (49% bărbaţi), cu vârsta medie de 53.3 ani. Dintre aceştia 56% aveau diagnosticul de schizofrenie, 14% tulburări afective, 5% tulburări legate de consumul de substanţe şi 3% sindrom organic mental. Calitatea vieţii a fost operaţionalizată prin nivelul de satisfacţie faţă de diverse domenii, cum ar fi:

locuinţa, vecinătatea, mâncarea, îmbrăcămintea, sănătatea, partenerul, familia, prietenii, relaţiile cu ceilalţi oameni, serviciul/programul zilnic, timpul liber, activităţile de relaxare, facilităţile şi serviciile locale, situaţia economică şi locuinţa actuală comparativ cu spitalizarea. Scala permite calcularea unui scor global de satisfacţie a vieţii.

Lehman Quality of Life Interview (QOLI)

Acest instrument elaborat de Lehman et al. (1982), evaluează circumstanţele de viaţă ale persoanelor cu boli mentale severe, atât în termeni obiectivi (ceea ce fac şi trăiesc ei), cât şi în termeni subiectivi (ceea ce simt în raport cu ceea ce trăiesc). Interviul este centrat pe o evaluare a experienţelor curente şi recente ale persoanelor într-o mare varietate de domenii ale vieţii, incluzând condiţiile de viaţă, relaţiile familiale, relaţiile sociale, relaxarea, activităţile, finanţele, siguranţa şi problemele legale, serviciul şi şcoala, sănătatea, religia şi vecinătatea. Pentru fiecare domeniu există indicatori ai calităţii vieţii subiectivi şi obiectivi pereche. Cu alte cuvinte, întâi se obţin informaţii despre calitatea obiectivă a vieţii într-un anumit domeniu, iar mai apoi despre nivelul de satisfacţie al persoanei în domeniul respectiv. Indicatorii obiectivi sunt în general de două tipuri: măsurători ale funcţionalităţii persoanei, cum ar fi frecvenţa contactelor sociale sau activităţile zilnice, şi măsurători ale accesului la resurse şi oportunităţi, cum ar fi ajutorul financiar lunar sau tipul de locuinţă.

Variabilele măsurate de acest instrument includ următorii indicatori obiectivi: stabilitate rezidenţială, lipsa locuinţei, activităţi zilnice, frecvenţa contactelor familiale, frecvenţa contactelor sociale, suma de bani cheltuită lunar, adecvarea sprijinului financiar, statutul profesional curent, numărul de recăderi în ultimul an, victima unei infracţiuni violente în ultimul an, victima unei infracţiuni nonviolente în ultimul an, starea generală de sănătate. Indicatorii subiectivi măsuraţi prin acest interviu sunt: satisfacţia privind condiţiile de locuire, activităţile de relaxare, relaţiile familiale, relaţiile sociale, finanţele, munca şi şcoala, problemele legale şi siguranţa şi sănătatea.

Versiunea originală, structurată sub forma unui interviu structurat, conţine 143 de itemi. Ea a fost utilizată aproape în exclusivitate în studii vizând persoane cu tulburări mentale severe. Eşantioanele cercetate au inclus aproximativ acelaşi număr de femei şi bărbaţi, aproximativ 75% caucazieni, cu vârste cuprinse între 18 şi 65 de ani. Diagnosticul predominant în aceste studii a fost schizofrenia.

Oregon Quality of Life Questionnaire (OQLQ)

Chestionarul OQLQ a fost derivat de Bigelow et al. (1990, 1991) dintr-un alt instrument care era utilizat în cadrul programelor comunitare de sănătate mentală, şi anume *Denver Community Mental Health Scale*. Chestionarul de faţă poate fi utilizat în două variante: o variantă lungă, cu 263 de itemi de tip self-report ce se administrează în cadrul unui interviu structurat, şi o variantă scurtă, cu 146 de itemi, ce pot fi utilizaţi într-un interviu semi-structurat.

La baza construcţiei chestionarului stă asumpţia conform căreia calitatea vieţii este derivată din contractul social dintre un individ şi societate: nevoile

individului sunt satisfăcute, în măsura în care acesta își îndeplinește responsabilitățile în societate. Chestionarul este împărțit în 14 subscale, corespunzătoare mai multor indicatori operaționali sau domenii ale calității vieții: stresul psihologic, starea psihologică de bine, toleranța la stres, satisfacția nevoilor bazale, independența, interacțiunile interpersonale, rolul de soț/soție, suportul social, serviciul și casa, posibilitatea de angajare, munca la serviciu, utilizarea cu sens a timpului, consecințele negative ale consumului de alcool, consecințele negative ale consumului de droguri. Eșantionul pe care a fost testat inițial acest instrument a fost format atât din pacienți incluși în programele comunitare de sănătate din Oregon, cu media de vârstă de 33.8 ani (60% bărbați), cât și din reprezentanți ai populației generale, cu media de vârstă de 36.8 ani (40% bărbați).

Smith Kline Beecham Quality of Life Scale (SBQOL)
Acest instrument a fost dezvoltat de Stoker et al. (1992) pentru a evalua calitatea vieții în cazul persoanelor cu tulburări anxioase și constă într-un chestionar de 28 de itemi de tip self-report. Inițial a fost testat pe un eșantion de 129 de pacienți diagnosticați fie cu depresie majoră, fie cu anxietate generalizată, conform DSM-III-R.

Domeniile evaluate de chestionar sunt: starea psihică de bine, starea fizică de bine, relațiile sociale, activitățile/interesele/hobbyurile, dispozițiile afective, locul controlului, funcția sexuală, serviciul, religia și finanțele. Pentru a aduce și o componentă idiografică, respondentului i se cere să evalueze aceste constructe din trei perspective: eul prezent, eul ideal și eul bolnav. Se poate calcula și un scor global, ca rezultat al diferențelor dintre cele trei perspective.

Quality of Life in Depression Scale (QLDS)
Acest instrument a fost dezvoltat de Hunt și McKenna (1992) pentru a evalua impactul depresiei asupra calității vieții pacienților suferind de această tulburare mentală. Chestionarul constă în 34 itemi de tip self-report, care vizează următoarele domenii ale vieții: activitățile domestice, relațiile interpersonale, viața socială, cogniția, igiena personală, activitățile de relaxare și petrecere a timpului liber.

Quality of Life Checklist (QLC)
Acest instrument a fost dezvoltat de Patrick și Erickson (1993) pentru a culege informații despre aspectele calității vieții, care sunt importante, în mod special, pentru pacienții cu tulburări mentale. Studiul inițial în care a fost testat instrumentul a fost realizat pe 40 de pacienți diagnosticați cu schizofrenie cronică (68% bărbați), cu vârste cuprinse între 18 și 50 de ani. Și în cazul acestui instrument, calitatea vieții a fost operaționalizată prin nivelul de satisfacție față de diferite domenii ale vieții, și anume: activități de petrecere a timpului liber, serviciu, reabilitare vocațională, dependență economică, relații sociale, cunoștințe și educație, dependență psihologică, experiență interioară standarde de locuire, asistență medicală (psihiatrică și generală) și religie.

Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire (Q-LES-Q)

Acest instrument a fost dezvoltat de Endicott et al. (1993), conţine 93 de itemi de tip self-report şi încearcă să ofere informaţii despre satisfacţia pacienţilor cu privire la propria lor viaţă. Iniţial acest chestionar a fost testat pe 95 pacienţi diagnosticaţi cu depresie majoră, conform criteriilor DSM-III-R.

Scalele incluse în chestionar au fost: sănătatea fizică, sentimentele subiective, activităţile de relaxare, relaţiile sociale, activităţile generale, serviciul, datoriile casnice şi şcoala sau cursurile profesionale. Primele cinci scale s-au dovedit a fi relevante pentru calitatea vieţii tuturor subiecţilor.

World Health Organization Quality of Life (WHOQoL)

Instrumentul WHOQoL a fost dezvoltat de World Health Organization Quality of Life Group şi validat de Harper şi Power (1999), cu scopul de a măsura 4 domenii ale calităţii vieţii: 1. Fizic; 2. Psihologic; 3. Social; 4. Environmental/ mediul de viaţă.

Calitatea vieţii este măsurată prin propriul cadru de referinţă al persoanei sau ca percepţie a individului cu privire la o serie de aspecte ale vieţii sale. Deci, calitatea vieţii este concepută ca o evaluare subiectivă înscrisă într-un context social, cultural şi environmental. WHOQoL conţine 24 de itemi care eşantionează aspecte de viaţă legate de cele 4 domenii ale calităţii vieţii. Răspunsurile pacienţilor sunt cuantificate pe o scală de tip Likert cu 5 trepte. Valorile mari ale răspunsurilor corespund unui nivel ridicat de satisfacţie în raport cu calitatea vieţii.

SF-36 Health Status Questionnaire

Acest chestionar este o forma prescurtata, derivată din *General Health Survey of the Medical Outcomes Study.* SF-36 este unul din instrumentele cele mai utilizate pentru a evalua calitatea vieţii în relaţie cu sănătatea. Acesta a fost tradus în peste 40 de ţări în cadrul proiectului de validare International Quality of Life Assessment (IQOLA), dovedind bune proprietăţi psihometrice sub aspectul fidelităţii, validităţii structurale şi predictive (Ware et al., 1999). Există numeroase studii care au arătat că instrumentul reuşeşte să discrimineze între cei cu diferite afecţiuni cronice sau între cei care au niveluri de intensitate diferită pentru una şi aceeaşi afecţiune, precum şi între cei care au primit tratamente diferite. Instrumentul conţine 36 de itemi, măsuraţi pe scale Likert cu 5 trepte. Itemii pot fi organizaţi pe 8 subscale. Aceste subscale sunt:

- Percepţia generală asupra stării de sănătate
- Funcţionarea fizică
- Funcţionare socială
- Limitarea rolurilor datorată unor probleme fizice,
- Limitarea rolurilor datorată unor probleme emotionale
- Dureri corporale
- Vitalitate
- Sănătate mentală.

Ware et al., (1993), au revizuit o serie de 15 studii care au adresat problema validării SF-36, descoperind ca valoarea mediană a coeficienţilor de fidelitate

pentru cele 8 subscale a fost mai mare sau egală cu .80 (excepţie doar subscala funcţionării sociale .76). Validitatea de conţinut a SF-36 a fost comparată cu cea a unor instrumente alternative larg utilizate în evaluarea sănătăţii generale. Comparaţia sistematică a pus în evidenţă faptul că SF-36 include 8 din cele mai frecvent evaluate concepte legate de sănătate. Fiind un instrument generic de calitate a vieţii, SF-36 nu evaluează simptome şi probleme care sunt specifice unei singure afecţiuni (Ware et al., 1995). Analiza structurii factoriale a SF-36 a validat două dimensiuni supraordonate, respectiv: *componenta fizică* şi *componenta mentală* (Ware et al., 1994). Componenta fizică include subscalele: Funcţionarea fizică, Limitarea rolurilor datorată unor probleme fizice, Dureri corporale şi Percepţia generală asupra stării de sănătate. Componenta mentală include subscalele: Sănătate mentală, Limitarea rolurilor datorată unor probleme emotionale, Funcţionare socială şi Vitalitate. Pentru aceste dimensiuni se pot calcula scorurilor separate.

Bibliografie

Albrecht, G. L., Fitzpatrick, R. (1994). A Sociological Perspective of Health-Related Quality of Life Research, *Advances In Medical Sociology*, 5: 1-21.

Andrews, F.M., Withey, S.B. (1976). *Social Indicators of Well-being. America's Perception of Life Quality*, pp.1-24. New York: Plenum Press.

Angermeyer, M.C., & Kilian, R. (1997). Theoretical Models of Quality of Life for Mental Disorders. In H. Katschnig, H. Freeman, N. Sartorius(Eds.), *Quality of Life in Mental Disorders* (pp. 19-30), New York: John Wiley and Sons Inc.

Baker F., Intagliata J. (1982). Quality of Life in the Evaluation of Community Support Systems, *Evaluation and Program Planning*, 5: 69 – 79.

Barry, M.M. (1997). Well-being and Life Satisfaction as Components of Quality of Life in Mental Disorders. In Katschnig, H, Freeman, H., Sartorius, N. (1997). *Quality of Life in Mental Disorders* (pp. 31-42), New York: John Wiley and Sons Inc.

Becker M., Diamond R., Sainfort F. (1993). A new patient focused index for measuring quality of life in persons with severe and persistent mental illness. *Qual Life Res*. 2: 239–51.

Bigelow D.A, Brodsky G., Stewart L., Olson M. (1982). The concept and measurement of quality of life as a dependent variable in evaluation of mental health services. In W. Tash & G. Stahler (Eds.), *Innovative approaches to mental health evaluation*. New York: Academic Press.

Bigelow D.A., Gareau M.J., Young, D.J. (1990). A quality of life interview for chronically disabled people. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 14: 94-98.

Bigelow D.A., McFarland B.H., Olson M. (1991). Quality of life of community mental health program clients: validating a measure. *Community Mental Health Journal*, 27: 43-55.

Campbell, A., Converse, P.E., & Rodgers, W.L. (1976). *The Quality of American Life*. New York: Russell Sage.

Chandrashekar, R., Benshoff, J. (2007). Increasing Quality of Life and Awarness of Deficits in Persons with Traumatic Brain Injury: A Pilot Study. *Journal of Rehabilitation*, 73: 50-56.

Endicott J., Nee J., Harrison W., Blumenthal R. (1993). Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire: a new measure. *Psychopharmacology Bulletin*, 29: 321 – 326.

Haas, B.K. (1999). A multidisciplinary concept analysis of quality of life. *Western Journal of Nursing Research*, 21:728-742.

Halpern, D. (1995). *Mental Health and the Built Environment*. London: Taylor & Francis.

Harper A., Power M. (1999). *WHOQOL User manual*. Edinburgh.

Hunt S.M., McKenna S.P. (1992). The QLDS: a scale for the measurement of quality of life in depression. *Health Policy*. 22: 307-19.

Katschnig, H., & Angermeyer, M.C. (1997). Quality of Life in Depression. In Katschnig H., Freeman, H., Sartorius N. (Eds.), *Quality of Life in Mental Disorders*. New York: John Wiley& Sons, Inc.

Lăzărescu, M. (1999). *Calitatea vieţii în psihiatrie*. Bucureşti: Editura Info Medica.

Lehman A.F., Ward N.C., Linn L.S. (1982). Chronic mental patients: the quality of life issue. *American Journal of Psychiatry*, 139: 1271-1276.

Lehman, A.F. (1983). The Well-being og Chronic Mental Patients: Assessing their Quality of Life. *Archieve of General Psychiatry*, 40, 369-373.
Lehman, A.F. (1988). A Quality of Life Interview for the Chronically Mentally Ill (QOLI), *Eval Prog Planning*, 11, 51-62.
Maslow A. (1954). *Motivation and personality*. New York: Harper & Row; 1954.
Patrick, D., Erickson, P. (1993). *Health status and health policy*. New York: Oxford University Press.
Stein L.I., Test, M.A.(1980). Alternative to mental hospital treatment: I. Conceptual model, treatment program, and clinical evaluation. *Archives of General Psychiatry*, 37: 392-397.
Stoker M.J., Dunbar G.C., Beaumont G. (1992). The Smithkline Beecham 'Quality of Life' Scale: a validation and reliability study in patients with affective disorders. *Quality of Life Research*, 1: 385–395.
Tryer, P.J., Casey, P. (1993). *Social Function in Psychiatry. The Hidden Axis of Classification Exposed*, Wrightson Biomedical.
Ware J.E., Kosinski M., Bayliss M.S., McHorney C.A., Rogers W.H., Raczek A. (1995). Comparison of methods for the scoring and statistical analysis of SF-36® health profiles and summary measures: summary of results from the Medical Outcomes Study. *Med Care*; 33(Suppl. 4): AS264-AS279.
Ware J.E., Kosinski M., Keller S.K. (1994). *SF-36. Physical and Mental Health Summary Scales: A User's Manual*. Boston, MA: The Health Institute.
Ware J.E., Snow K.K., Kosinski M., Gandek B. (1993). *SF-36. Health Survey Manual and Interpretation Guide*. Boston, MA: New England Medical Center, The Health Institute.
Ware Jr, Maruish JE, Mark E. (1999). *The use of psychological testing for treatment planning and outcomes assessment*. Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
WHOQOL Group (1993). Study protocol for the World Health Organization project to develop a Quality of life assessment instrument (WHOQOL) Qual Life Res. 2:153–159.
Wiersma, D. (1997). Role Functioning as a Component of Quality of Life in Mental Disorders. In In Katschnig, H, Freeman, H., Sartorius, N. (Eds). *Quality of Life in Mental Disorders* (pp.43-54). New York: John Wiley and Sons Inc.
World Health Organization (1980). *International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps*. Geneva: World Health Organization.

AUTOREGLAREA COMPORTAMENTULUI DE SĂNĂTATE

Eugen Avram,
Corina-Luiza Olteanu, Denisa-Mihaela Marin

1. Introducere

Starea de sănătate are o importanţă deosebită pentru toţi oamenii, pentru toate fiinţele vii. Propriile comportamente joacă un rol esenţial în dobândirea şi menţinerea stării de sănătate şi stării de bine. Oamenii pot avea un stil de viaţă mai sănătos, cunoscând mai bine relaţia dintre starea de bine/bunăstare şi comportamentul de sănătate. În ţările vestice se lansează mai multe campanii publice în care se reaminteşte cetăţenilor impactul comportamentelor asupra sănătăţii şi responsabilitatea personală pentru cunoaştere, informare şi conduită preventivă.

Relaţia dintre sănătate şi comportament este condiţionată de interacţiunea dintre factorii comportamentali, emoţionali, sociali, culturali şi biologici. Aceşti factori au efectele asupra sănătăţii fizice. Dezechilibrele lor pot conduce la diverse categorii de boli (de inimă, cancer, diabet, etc.). Interacţiunea factori determinanţi – comportament de sănătate este descrisă de Anderson (2004): determinanţii sunt interconectaţi – ei afectează sănătatea – şi servesc ca repere pentru prevenţie, tratament şi reabilitare.

2. Definiţii, delimitări conceptuale

Termenul de "health behavior" este tradus în română prin termeni precum: comportament de sănătate, comportament sănătos, comportament sanogen. Când se discută despre cercetarea ştiinţifică în domeniu mai potrivit este conceptul de comportament de sănătate. Când este vorba de aspecte aplicative, practice (legate de stilul de viaţă sănătos, adoptarea comportamentelor favorabile sănătăţii) este mai potrivit termenul de comportament sănătos. În contextul acţiunilor de promovare a sănătăţii se apelează la sintagma de comportament sanogen.

Comportamentele de sănătate/ sănătoase (CS) sunt acele comportamente sau activităţi cu impact asupra sănătăţii (care fac bine sănătăţii, care sunt orientate pentru a preveni, proteja şi promova sănătatea). Aceste comportamente sunt diferite de alte comportamente care nu au orientare către sănătate.

În sens larg, conceptul de comportament de sănătate se referă la acţiunile (unui individ, grup, organizaţii) orientate către menţinerea sau optimizarea stării de sănătate (fizică, psihică, socială).

Conceptul de *comportament sănătos* este utilizat în contextul cotidian şi are o conotaţie adaptativă (a face ceva bun pentru sănătate, ceva care nu conduce la îmbolnăvire).

Conceptul de *comportament de sănătate* este utilizat mai des în literatura ştiinţifică (românească) şi are conotaţia unui concept analizat după grile sau tipare academice.

Comportamentul orientat spre sănătate are un scop clar de optimizare a sănătăţii (menţinere, refacere, îmbunătăţire a stării de sănătate). De exemplu, un adult care face activitate fizică pentru a reduce riscul bolilor de inimă adoptă aceste activităţi cu scopul de a-şi menţine sau îmbunătăţi sănătatea (Glanz & Rimer, 1995).

Comportamentul legat de sănătate nu este orientat în mod expres către optimizarea sănătăţii, însă are efecte asupra sănătăţii (sintagma "legat de" oferă o conotaţie mai specială, similar cu termenul legal "boli legate de profesie" – determinate şi de profesie). Comportamentul legat de sănătate defineşte acţiunea de prevenire, menţinere, îmbunătăţire a *stării personale* (ce poate fi realizată voluntar, involuntar sau pentru că este solicitată), având consecinţe asupra sănătăţii. De exemplu, un copil ce aleargă la ora de educaţie fizică, realizează un comportament legat de sănătate, fiind solicitat de profesor (Glanz & Rimer, 1995).

Comportamentul de sănătate preventiv – orice activitate iniţiată de un individ care se consideră sănătos, cu scopul de a preveni îmbolnăvirea, ori de a identifica o posibilă boală aflată într-o stare asimptomatică (Kasl & Cobb, 1966).

Comportamentul (în rol) de bolnav – orice activitate iniţiată de un individ care se consideră bolnav, pentru a defini starea de sănătate şi pentru a descoperi un remediu corespunzător. *Comportamentul în rol de bolnav* include dobândirea unui tratament medical specializat, presupune diverse comportamente dependente şi un anumit nivel de eliberare de responsabilităţile obişnuite (ibidem.).

Comportamentul de risc conduce la creşterea riscurilor pentru sănătate, riscul fiind o combinaţie între:

(a) *probabilitatea* de apariţie a unui (sau de expunere la un) eveniment periculos şi

(b) *gravitatea/* severitatea rănirii sau îmbolnăvirii cauzată de eveniment sau de expunerea(rile) la acesta. Conceptul de risc nu se confundă cu cel de pericol (= sursa, situaţia sau acţiunea cu un potenţial de a produce o vătămare, în termeni de rănire sau îmbolnăvire sau o combinaţie a acestora). Deci, comportamentul de risc reprezintă actele de conduită care cresc probabilitatea ca un agent periculos să afecteze sănătatea, având consecinţe cu un anumit grad de gravitate (de la răniri minore la pierderea definitivă/permanentă a unor abilităţi şi până la deces). Comportamentele de risc sunt asociate cu o susceptibilitate crescută pentru anumite boli.

Stilul de viaţă este un ansamblu de complexe comportamentale, patterne, clusteri de comportamente sănătoase sau de risc. Stilul (sau stilurile) de viaţă sănătoasă precum dieta sănătoasă, activităţile fizice regulate au următoarele caracteristici:

- temporalitate: include acţiuni efectuate pe o perioadă mai lungă de timp;
- sistematic: se realizează în mod repetat, conform unui plan mai mult sau mai puţin detaliat;

- consistență: comportamentele de sănătate se condiționează între ele (dacă decid să am un stil de viață mai sănătos, atunci adopt majoritatea comportamentelor sănătoase, fără a accepta unele dintre ele).

Comportamentul de sănătate poate fi realizat periodic sau o singură dată, nefuncționând întotdeauna sistematic și consistent. De exemplu, un individ poate realiza anumite activități fizice sănătoase de câteva ori pe săptămână, dar nu poate renunța la fumat sau o persoană care încearcă să renunțe la fumat, consumă ca substitut mai multă ciocolată. Varianta ideală a stilului de viață sănătos portretizează un individ care adoptă multe dintre comportamente sănătoase, pe care le realizează cu perseverență, o perioadă lungă de timp.

Studiile de specialitate au căutat resorturile autoreglării comportamentului de sănătate: care sunt mecanismele acestui reglaj atât de important? cum se explică incapacitatea oamenilor de a-și păstra sănătatea. Deși se știe faptul că starea de bună sănătate este importantă pentru om și pentru societate, foarte mulți oameni raportează dificultăți în desfășurarea constantă a comportamentelor sănătoase, deși au intenții pozitive în această privință.

Se constată un *decalaj între intenție și comportament*. De exemplu, li se poate părea greu să mențină o dietă sănătoasă sau să efectueze activități fizice în mod regulat, mai ales atunci când se confruntă cu tentațiile vieții moderne sau diverse oportunități (Rothman *et al.,* 2004). Schimbarea unui comportament negativ pare mai dificilă decât menținerea unuia bun (Polivy & Herman, 2002).

3. Autoreglarea comportamentului de sănătate

3.1. Cadre

Comportamentele de sănătate sunt guvernate de aceleași principii ca și alte comportamente ce servesc autoreglării. Comportamentul se autoreglează prin mai multe mecanisme psihice: cognitive, motivaționale, emoționale, voliționale, comportamentale (învățare).

Indivizii cu activitate fizică regulată care consumă mai multe fructe și legume o fac pentru că sunt preocupați de starea lor de sănătate pe termen lung sau doar pentru că le face plăcere gustul acestor alimente și faptul de a fi activi din punct de vedere fizic? Decidem noi sau suntem influențați atunci când hotărâm să renunțăm la fumat sau să adoptăm o dietă sănătoasă? Care este proporția celor care își propun *scopuri* sănătoase ce îi conduc la comportamente sanogene? Explicarea mecanismelor comportamentale este complicată, deoarece determinanții comportamentului pot fi multipli.

Substratul autoreglării este intern și extern: ne *auto*reglăm (atunci când ne stabilim singuri scopurile) și interiorizăm cerințele externe astfel încât ne autoreglăm prin *reglatorii* din exterior (de exemplu, urmând indicațiile medicilor). Comportamentele au (cu ponderi diferite) elemente de autoreglare și de reglaj extern. De exemplu, un om urmează sfatul medicului nu doar pentru că s-a argumentat această necesitate, ci și din alte motive: este mai conformist (personalitatea), are încredere în medic (atitudini), are convingerea că tratamentul îl

va ajuta (cogniție), este dornic să facă ceva pentru sănătatea sa pentru a reveni la activitățile curente (motivație), etc. (Brownlee *et al.*, 2000).

3.2. Determinanții comportamentului de sănătate

Comportamentul de sănătate include acțiunile observabile, deschise și fenomenele mentale, emoționale, modificări ale stărilor psiho-fiziologice ce pot fi măsurate și raportate la norme de sănătate. Comportamentul de sănătate ține de atribute personale precum structuri motivaționale (motive, impulsuri), structuri afective (stări), structuri cognitive (credințe, expectații, percepții, opinii), structuri de comportament (obiceiurile, acțiunile și patternurile de comportament deschis), structuri de personalitate (trăsături, valori) (Gochman, 1997). Studiul comportamentului de sănătate ia în calcul: componentele, determinanții, relațiile și consecințele actelor comportamentale de sănătate (opuse actelor de risc). Se analizează elementele de context (social-economic, politicile sistemului de sănătate, etc.) pentru dezvoltarea și implementarea abilităților ce adaptare, acomodare, coping, căutare și construire a calității vieții (Parkerson *et al.*, 1993).

Există o serie de factori care determină probabilitatea de adoptare a unui comportament relevant pentru sănătate. Acești determinanți pot fi clasificați fie ca *factori interni* (spre exemplu, cunoștințele), fie ca *factori externi* (spre exemplu, suportul social) și sunt esențiali pentru înțelegerea comportamentului. Prezența sau absența acestor factori acționează pe direcția inițierii sau restrângerii comportamentelor sănătoase.

3.2.1. Factori interni determinanți ai comportamentului de sănătate

3.2.1.1. Factorii fiziologici

Aspectele biologice și nivelul de energie pot contribui la *activarea* obiectivelor de sănătate și pot facilita *implementarea* schemelor acționale (Ewart, 1991). Pe de altă parte, ineficacitatea percepută a coping-ului activează schimbări biochimice care pot afecta diverse fațete ale funcțiilor imunitare (Bandura, 1990).

3.2.1.2. Motivația pentru sănătate - se referă la imboldul indivizilor de a acționa în direcția implicării în comportamente preventive. Motivația pentru sănătate este o caracteristică a personalității. Acest tip de motivație susține acțiunile de achiziție și procesare a informației (Ceisi & Olson, 1988). Efectele motivației pentru sănătate asupra comportamentului sanogen sunt mixte la diverse persoane: deși motivația pentru sănătate întărește achiziția de informații pro-sănătate (restricțiile dietei și continuarea dietei), dacă nu are intensitate optimă, ea nu influențează comportamentele pentru păstrarea sănătății (precum reducerea stresului, consumarea cu moderație a alcoolului și eliminarea consumului de tutun) (Moorman & Matulich, 1993; Abraham & Sheeran, 2005).

Motivația are un rol semnificativ în culegerea informațiilor despre sănătate, în adoptarea unor scopuri de sănătate, a unui stil de viață sănătos, în construirea sentimentului de autoeficacitate în privința sănătății (încrederea în capacitatea

individuală de a adopta comportamente sănătoase preventive), apariţia unor convingeri de sănătate (convingerea că un comportament de sănătate preventiv reduce posibilele ameninţări ale stării de sănătate).

3.2.1.3. Mecanismele voinţei

Autoreglarea eficientă a comportamentului este obţinută prin conlucrarea *actelor de voinţă*, cu *auto-motivarea* şi *auto-orientarea*. Abilităţile *de adaptare la situaţiile de viaţă*/ autoreglare contribuie la reducerea riscurilor. Ele intervin în următoarele comportamente:

- *alegerea situaţiilor* sociale la care se expun persoanele,
- cât de bine sunt gestionate situaţiile,
- cât de eficient pot opune *rezistenţă* stimulentelor sociale pentru comportamente potenţial riscante (Bandura, 1990),
- formarea unor abilităţi de *negociere* sau *refuz* al influenţei sociale,
- formarea unor abilităţi de *amânare* a gratificării, de *evitare* a situaţiilor compromiţătoare (O'Keeffe, 1990).

Scopurile personale oferă un ghidaj pentru comportamentele sănătoase. Scopurile pot avea bazele în valorile personale şi pot regiza schimbările personale fiind urmate de efort pentru ca individul să poată depăşi impedimente sau bariere.

Se pun câteva întrebări cu privire la determinarea comportamentului prin scopuri:

a) cum îşi fixează oamenii scopuri pentru sănătate şi cum pot urmări aceste scopuri?

b) sunt aceste scopuri autentice sau ele sunt răspunsuri la mesajele persuasive legate de sănătate şi la influenţele sociale, fiind astfel sortite eşecului?

c) ce tip de scopuri în legătură cu sănătatea motivează considerabil comportamentul şi ce se întâmplă când aceste scopuri sunt în conflict unele cu altele?

d) care sunt condiţiile ce promovează sau împiedică obţinerea succesului în manifestarea comportamentelor sănătoase?

e) cum fac faţă indivizii confruntării cu distractorii şi cu tentaţiile când se luptă pentru îndeplinirea scopului?

f) de ce este atât de dificil să acţionăm împotriva intenţiilor sau să continuăm încercările de schimbare a comportamentului, chiar atinci când suntem motivaţi pentru sănătate?

Decalajul "intenţie – comportament" este unul dintre cele mai studiate aspecte ale comportamentului de sănătate (Sheeran *et al.*, 2005).

Scopurile orientate către sănătate funcţionează ca factori autoreglatori. Ele pot fi:

- scopuri pe termen lung, stabilind cursul schimbării personale;
- scopuri pe termen scurt, reglând efortul şi ghidând acţiunea în prezent asupra modului de realizare.

Procesele voliţionale orientate către *atingerea scopurilor* traduc calitatea omului de a fi un *agent activ* şi reprezintă un mecanism fundamental al

autoreglării. Scopurile arată căile spre comportamentele sănătoase. Atunci când oamenii adoptă comportamente sănătoase (sau când fac lucruri benefice pentru sănătatea lor) se implică în activităţi care necesită un *efort* substanţial şi au nevoie de o atitudine activă (un *self activ*) pentru a *rezista* tentaţiilor ce pot apărea (scop, efort, activism, rezistenţă). Multe studii cu privire la relaţia autoreglare-comportament sanogen au examinat procesul de *stabilire a unor scopuri sănătoase* şi *dificultăţile acestui proces*. Diversele abordări identifică etape diferite ale acestor fenomene.

Trei modele teoretice au explicat etapele şi mecanismele voliţionale (şi cognitive asociate) în autoreglarea CS: modelul comportamental acţional (MCA) şi teoria puterii autocontrolului, t*eoria Controlului Cibernetic.*

Modelul comportamental acţional MCA reprezintă abordarea autoreglării cel mai des studiată în domeniul comportamentelor sănătoase (Sheeran *et al.*, 2005). Tezele MCA afirmă următoarele:

- Autoreglarea comportamentului de sănătate are loc în *etape*. Indivizii aflaţi în stadii diferite se vor comporta în moduri calitativ diferite.

- *Formarea intenţiilor* de implementare a CS consolidează controlul acţiunilor orientate spre scop (în cadrul diverselor situaţii). Controlul este mai degrabă creat prin intermediul unui *act de voinţă*, decât în urma repetării unor perechi stimul-răspuns (învăţare).

Motivaţiile pot influenţa formularea intenţiilor de implementare sau efectul lor asupra comportamentului. *Intenţiile de implementare* reprezintă dispozitive utile în promovarea *acţiunilor orientate spre scop* pentru a executa o gamă largă de comportamente sanogene – de exemplu, activitatea fizică (Milne, Orbell & Sheeran, 2002); autoexaminarea părţilor corpului (Steadman & Quine, 2004); evaluarea cancerului cervical (Sheeran & Orbell, 2000). *Natura scopurilor* de sănătate este crucială pentru asigurarea autoreglării comportamentale. În situaţia în care oamenii adoptă scopuri/ standarde înalte, intenţiile de implementare determină emoţii/ afecte negative, ceea ce conduce la ineficienţă în acţiunile indivizilor (Powers *et al.,* 2005). Intervenţiile trebuie ajustate la nivel individual, ceea ce face ca procesul de schimbare să varieze de la o etapă la alta.

Teoria puterii autocontrolului, propusă de Baumeister et al. (1994), subliniază importanţa *resurselor* voliţionale în vederea reglării selfului şi descrie în mod intuitiv *încercările eşuate* ale indivizilor în urmărirea unui scop. Tezele teoriei sunt următoarele:

- Autocontrolul sau propria voinţă joacă rolul esenţial în autoreglarea oricăror comportamente, în măsura în care autocontrolul *este necesar pentru a rezista tentaţiilor* ce pot interfera cu *interesele personale pe termen lung*.

- Succesul autoreglării depinde în totalitate de *disponibilitatea resurselor* (voliţionale, energetice, de timp, etc.).

- Autoreglarea are o capacitate limitată, fiind un proces bazat pe *efort*; sarcinile de autoreglare se bazează pe aceleaşi *resurse (limitate)*.

- Implicarea continuă a autocontrolului devine dificilă odată ce resursa a fost utilizată pentru o sarcină iniţială.

Studiile au evidenţiat faptul că PTA oferă o serie de explicaţii relevante cu privire la *încercările nereuşite* de atingere a scopurilor legate de comportamentele sănătoase. Aceasta datorită faptului că resursele sunt variate şi au o dinamică diferită la acelaşi subiect. Astfel, resursele autocontrolului îi pot face pe indivizi să reziste tentaţiilor (tutun, alcool, alimente grase) pentru o scurtă perioadă de timp, dar mai devreme sau mai târziu, ei vor ceda ca urmare a scăderii autocontrolului (scăderii sau apariţiei altor resurse). Deseori, acest lucru se întâmplă din cauza unor motive hedoniste (a se simţi bine pe termen scurt –resurse emoţionale) sau pentru că nu reuşesc să identifice beneficiile pe termen lung ale autocontrolului (resurse cognitive) (Tice *et al.*, 2001). Vohs & Heatherton (2000) au descoperit faptul că o scădere a resurselor voliţionale ca urmare a creşterii tentaţiei de consum a bomboanelor de ciocolată conduce la creşterea cantităţii de îngheţată consumată în rândul indivizilor care ţin diete (dar nu şi asupra celor care nu încearcă în mod activ să reducă aportul caloric).

PTA oferă explicaţii mai specifice pentru o gamă mai largă de probleme de sănătate, cum ar fi: mâncatul excesiv (Kahan *et al.*, 2003); fumatul (Sayette, 2004); abuzul de alcool (Muraven *et al.*, 2002) şi utilizarea prezervativelor (Bryan *et al.*, 2001). TPA (sau teoria resurselor autoreglării) are o bună valoare explicativă pentru eşecurile de dietă: eforturile de *autocontrol* (inhibiţie) al *impulsului* de a mânca pot face mai dificil însuşi controlul comportamental (prin scăderea controlului cognitiv - individul doreşte să reziste, dar se gândeşte la alimentul respectiv şi astfel impusul creşte).

TPA se aplică, în special, comportamentelor sănătoase bazate pe inhibarea/împiedicarea impulsurilor, dar nu poate oferi o bază pentru înţelegerea *condiţiilor care îi determină pe oameni* să-şi *controleze* cu succes impulsurile şi să *menţină* atingerea scopurilor sănătoase. Prin urmare, a avea suficiente resurse poate fi un ingredient esenţial, dar nu şi suficient al autoreglării, în special, atunci când dorim a explica o serie de comportamente complexe.

Teoria Controlului Cibernetic a fost utilizată pentru a explica procesele autoreglatorii pe baza mecanismului de feedback. Modelul cibernetic explică foarte bine ultima fază a actului voluntar, faza de verificare. În acest model, procesul dinamic al feedback-ului este cuprins în ciclul *Test – Operaţiune – Test – Ieşire* (TOTE, Miller *et al.*, 1960):

Etapa 1: stimulul-input este evaluat/ comparat cu o valoare/ standard de referinţă (Test).

Etapa 2: urmează acţiunea care aduce situaţia/ persoana la acelaşi nivel cu standardul (Operaţiunea).

Etapa 3: la momentul output sistemul retestează (prin feedback) dacă standardul a fost atins (Test).

Etapa 4: procesul de control se încheie cu ajustările necesare (Ieşire).

Mecanismul de feedback negativ reduce discrepanţa dintre comportament şi standard (dintre starea actuală a individului şi scopul avut). Feedbackul negativ explică comportamentul de apropiere: când o persoană încearcă să atingă un scop valoros sau să se conformeze unui standard (creşterea activităţii fizice sau consumul de fructe) reducând distanţa faţă de scop. Ciclul de feedback pozitiv

măreşte discrepanţa şi este implicat în acte de evitare (evitarea consumului de alimente cu un conţinut caloric ridicat sau reducerea cantităţii de alcool ingerat).

Din păcate, nu există studii care să fi testat întregul ciclu TOTE în contextul comportamentelor sănătoase.

Această teorie nu a fost examinată în raport cu structura ierarhică a scopurilor: în ce moment oamenii se preocupă/îşi stabilesc ţeluri cu privire la sănătate?; sunt acestea scopuri de sine stătătoare sau doar un subtip instrumental de scopuri?; când acordă oamenii atenţie acestor tipuri de ţeluri? (Carver, 2003).

În ciuda acestui fapt, abordarea propune o serie de asumpţii relevante pentru comportamentul sanogen. Mecanismul de feedback poate avea valoare explicativă a comportamentelor sanogene. De exemplu, dacă oamenii vor încerca să îşi atingă scopurile (când se confruntă cu dificultăţi), iar căutările lor sunt suboptime în raport cu standardul, atunci emoţiile negative (feedback) îi vor motiva pe indivizi să depună mai mult efort pentru împlinirea ţelurilor. La pacienţii ce se confruntă cu boli cronice s-a constatat că expectanţele pozitive, optimismul (feedback anticipativ) pot influenţa autoreglarea (Carver *et al.,* 1993).

3.2.1.4. Cogniţiile

Comparativ cu variabilele obiective ce ţin de boală, *factorii cognitivi*, precum convingerile, atribuirile, aşteptările/expectaţiile şi convingerile-atitudini *prezic adaptarea* la boală, la simptomele ei, dar şi răspunsurile comportamentale şi emoţionale ale pacienţilor (Godoy-Izquierdo *et al.,* 2007).

(a) Conştiinţa sănătăţii sau bolii

Conştiinţa sănătăţii se referă la gradul în care individul interiorizează preocupări legate de sănătate şi comportamente sănătoase ce sunt integrate în activităţile sale zilnice. Potrivit acestei abordări, indivizii care au o *conştiinţă mai dezvoltată a sănătăţii* şi care adoptă un *stil de viaţă orientat spre stare de bine/bunăstare* sunt mai predispuşi la adoptarea unor comportamente sanogene preventive, decât cei care nu au conştiinţa sănătăţii sau au un nivel redus al ei (Kraft & Goodell, 1993).

Conştiinţa sănătăţii conduce la comportamente şi acţiuni din sfera calităţii vieţii (de exemplu, un individ care este interesat de comportamentele preventive, este mai înclinat a se informa despre ingredientele alimentelor pe care le consumă). Conştiinţa sănătăţii e privită ca un concept separat de motivaţia sănătăţii, ea se orientează pe aspectele externe, pe adaptarea la mediul în care individul îşi propune să aibă grijă de propria stare de sănătate, pe când motivaţia sănătăţii este orientată către caracteristicile interne ale persoanei, motivele personale pentru a adopta comportamente de sănătate.

(b) Cunoştinţele despre sănătate

Cunoştinţele despre sănătate se referă la informaţiile pe care un individ le deţine cu privire la propria sănătate şi la comportamentele sănătoase. Studiile arată că acest tip de cunoştinţe influenţează în mod pozitiv comportamentele sănătoase.

De exemplu, cunoştinţele despre sănătate influenţează alegerea unor alimente benefice şi nutritive (Johnson & Johnson, 1985); există o corelaţie pozitivă între aceste cunoştinţe şi îmbunătăţirea deprinderilor legate de regimul alimentar (Boechner*et al.*, 1990).

Cunoştinţele despre sănătate facilitează căutarea de informaţii şi reţinerea mai multor aspecte relevante privind sănătatea. Structurile cognitive specifice pacienţilor informaţi uşurează memorarea şi achiziţia de noi date despre sănătate (comparativ cu pacienţii fără cunoştinţe). Efectul cunoştinţele despre sănătate asupra comportamentelor sănătoase ţine de aspecte precum: motivaţia pentru sănătate (Moorman & Matulich, 1993), natura obiectivă a bolii, informaţiile cu privire la prevenirea comportamentelor nesănătoase, interpretarea persoanei privind corectitudinea şi completitudinea informaţiilor (unii consideră că au date suficiente despre sănătate, alţii se informează mai mult).

(c) Cunoştinţele despre factorii de risc şi despre reducerea riscurilor

Conform lui Bandura (1990), conştientizarea amplă a riscurilor şi cunoştinţele despre riscurile sănătăţii constituie precondiţii importante ale schimbării comportamentale auto-direcţionate. *Cunoştinţele privind starea de sănătate actuală* generează doar prima etapă a acţiunii - comportamente auto-reactive (*auto-evaluative* şi stabilirea de *scopuri personale*). Însă, simpla informare nu exercită neapărat o influenţă suficientă asupra schimbării comportamentului (etapa de modificare a obiceiurilor ce ameninţă sănătatea). Aşadar, nu este îndeajuns ca oamenii să fie înştiinţaţi cu privire la necesitatea de a modifica obiceiurile riscante, ci necesită sprijin privind modul în care îşi pot traduce preocupările în acţiuni eficiente. Percepţia susceptibilităţii personale faţă de o anumită boală creşte şansele individului de a adopta un comportament relevant pentru sănătate. Absenţa unei percepţii privind gravitatea riscurilor, nu va servi drept motivaţie pentru a schimba comportamentele de risc (Cole, Holtgrave, & Rios, 2008).

Cunoştinţele despre riscurile şi beneficiile sănătăţii sunt factori ai CS. Schimbarea CS apare când se manifestă influenţe adiţionale asupra sinelui pentru ca oamenii să poată depăşi impedimentele în adoptarea şi menţinerea unor obiceiuri de viaţă sănătoase. Dacă indivizii înţeleg modul în care obiceiurile de viaţă le afectează sănătatea şi se cred capabili să-şi optimizeze comportamentul de sănătate (autoeficacitate), atunci pot schimba obiceiurile periculoase, chiar dacă acestea le oferă anumite satisfacţii. *Credinţele cu privire la eficacitatea personală* reprezintă un determinant al motivaţiei acţiunii. În cazul în care oamenii nu cred că pot produce efectele dorite prin activităţile realizate, ei manifestă un interes redus de a acţiona şi persevera în faţa dificultăţilor.

(d) Atribuirile

Atribuirile reprezintă procese de *explicare cauzală* folosite pentru a înţelege situaţia. Helman (2001) a sugerat că oamenii atribuie cauzele bolilor:

(1) factorilor intraindividuali precum obiceiuri nesănătoase sau stări emoţionale negative;

(2) factorilor din mediul natural (poluarea sau microbii);

(3) factorilor asociaţi celorlalţi indivizi sau lumii sociale (stresul interpersonal, facilităţile medicale sau acţiunile celorlalţi);

(4) factorilor supranaturali ce includ zeităţi, destinul sau credinţe indigene precum vrăjitoria.

Teoria *atribuirii responsabilităţii* postulează că indivizii încearcă să găsească explicaţii pentru cauzele evenimentelor importante de viaţă, pentru starea de sănătate şi boală (North, 1999; Brown et al., 1999). Dacă îmbolnăvirea sau accidentarea este percepută că fiind cauzată de forţe dincolo de controlul individual pot apărea sentimente de furie şi neajutorare. Dacă individul consideră că el însuşi a cauzat afectarea sănătăţii furia poate fi direcţionată în interior, el poate accepta mai uşor situaţia, poate manifesta o întristare normală legată de acţiunea vătămătoare, stare ce are ca rezultat încercarea de a rectifica situaţia, prin aceasta participând activ la recuperare. Elementul comun ambelor situaţii este probabilitatea răspunsului depresiv (Reidy & Caplan, 1994). S-a constatat că atribuirea responsabilităţii către sine şi autoînvinovăţirea au un efect adaptativ în primele faze ale adaptării la situaţia de îmbolnăvire, nu pe termen lung. Efectele psihologice pe termen lung nu sunt influenţate de faptul că pacienţii se percep sau nu ca fiind responsabili pentru accidentarea lor (Brown et al., 1999).

Atribuirile reprezintă nucleul pe baza căruia se formează în timp convingerile privind starea de sănătate şi de boală. Există o relaţie de influenţă între atribuiri şi convingeri: convingerile despre sănătate formează scheme cognitive ce determină modul în care oamenii fac atribuiri. De cele mai multe ori, stilurile atribuţionale variază transcultural - există grupuri culturale cu convingeri diferite comparativ cu modelul biomedical vestic. De exemplu, pacienţii din Occident tind să atribuie cauzele bolii individului sau lumii naturale, în timp ce indivizii din ţări neindustrializate explică bolile ca rezultat al unor cauze sociale sau supranaturale (Vaughn *et al.*, 2009).

(e) Convingerile despre sănătate (Modelul Convingerilor despre Sănătate - MCS- Health Belief Model)

MCS reprezintă instrumentul teoretic cel mai frecvent utilizat pentru a înţelege comportamentele benefice pentru sănătate şi posibilele motive ale nerespectării acţiunilor sanogene recomandate. Modelul susţine că percepţiile şi convingerile personale despre boală şi despre strategiile accesibile pentru a diminua apariţia acesteia determină comportamentul sanogen. Există *patru categorii de convingeri despre sănătate* (componente majore ale complianţei):

- percepţia severităţii bolii;
- percepţia vulnerabilităţii faţă de boală;
- percepţia beneficiilor,
- percepţia barierelor.

La aceste variabile au fost adăugate ulterior alte constructe, precum autoeficacitatea şi stimulii determinanţi ai acţiunilor sanogene – Tabelul 1 (Rosenstock *et al.*, 1988).

Modelul Atitudini, Convingeri şi Valori fundamentale (complexul/ modelul ABC: Attitudes, Beliefs, Core Values) stabileşte o relaţie între atitudinile de sănătate şi aspectele cognitive ale personalităţii (convingeri, valori). Succesul în adoptarea CS nu ţine numai *abilităţi adaptative sau rezolutive*, ci şi atitudinea de încredere puternică în capacitatea personală de a exercita un *control* personal asupra situaţiei. ATITUDINEA de încredere în capacitatea de control a situaţiei este influenţată de CREDINŢA/ *percepţia eficacităţii.* Dacă persoana se consideră eficace în a gestiona problema de sănătate atunci poate lua în considerare posibilitatea de schimbare a obiceiurilor de viaţă: cât de mult efort va depune; cât de mult se va schimba; cât de bine va menţine schimbările pe care le-a realizat. Adoptarea efectivă a comportamentului menţionat ţine şi de VALOAREA comportamentului pentru sine. Indivizii pot să eşueze în a acţiona pe baza indicaţiilor medicale pentru că nu acordă valoare acestor informaţii/cunoştinţe sau nu au *convingerea* că acţiunile recomandate vor preveni cu adevărat contactarea sau progresul bolii. Când persoana percepe boala ca pe un risc personal cu consecinţe serioase asupra persoanei proprii, atunci apare *motivaţia pentru acţiune* (Coates, 1988).

Tabel 1. Modelul Convingerilor despre Sănătate (Rimer & Glanz, 2005).

Concept	Definiţie	Posibilităţi de intervenţie
Percepţia vulnerabili-tăţii	Credinţe despre şansele de a dezvolta boala	- definirea populaţiilor aflate în risc şi a nivelurilor de risc; - personalizarea informaţiilor despre risc pe baza caracteristicilor sau comportamentelor individuale; - asistarea individului pentru a dezvolta percepţii corecte ale riscurilor;
Percepţia severităţii	Credinţe despre severi-tatea bolii şi a consecin-ţelor sale	- specificarea consecinţelor bolii şi a acţiunilor recomandate;
Percepţia beneficiilor	Credinţe privind efica-citatea adoptării unor acţiuni pentru a reduce riscurile sau gravitatea	- explicarea acţiunilor ce trebuie întreprinse: cum, unde, când şi clarificarea potenţialelor rezultate pozitive;
Percepţia barierelor	Credinţe despre costu-rile materiale şi psiho-logice ale tratamentului	- oferirea de reasigurări, încurajări şi asistenţă; - corectarea informaţiilor eronate;
Stimulii pentru acţiune	Factorii care activează intenţia de schimbare	- oferirea de informaţii privind implementarea; - promovarea conştientizării şi instituirea unui sistem de memento-uri;
Autoeficaci-tatea	Încrederea în propria capacitate de a acţiona	- oferirea de training şi asistenţă în implementarea acţiunilor sanogene; - stabilirea progresivă de obiective; - oferirea de întăriri verbale; - demonstrarea comportamentelor dezirabile.

(f) Aşteptările/ expectaţiile

Comportamentul de sănătate este afectat şi de rezultatele pe care oamenii le aşteaptă în urma propriilor acţiuni. Expectaţiile se raportează la trei aspecte:

a) *plăcerea fizică şi efectele fizice adverse* pe care comportamentul le produce;

b) *aprobarea sau dezaprobarea socială* a comportamentului, ţinând cont de faptul că acesta este în mare parte reglat de reacţiile sociale pe care le evocă;

c) *reacţiile auto-evaluative pozitive şi negative* ca urmare a propriului comportament. Oamenii adoptă standarde personale şi îşi reglează comportamentul în funcţie de propriile reacţii. Ei se angajează în activităţi care le oferă sentimente de satisfacţie de sine şi autovalorizare şi evită căile care i-ar putea conduce la insatisfacţie de sine (McDale et al., 2011).

3.2.1.5. Personalitatea (abordarea dispoziţională a CS)

Mai multe studii au indicat relaţii puternice între sentimentul de sănătate/*starea de bine individuală* şi trăsăturile de personalitate: optimismul, simţul coerenţei, rezistenţa personală la stres, eficienţa coping-ului, ostilitate (Stokols, 1992). *Locul controlului* este constructul de personalitate cel mai mult relaţionat cu comportamentele de promovare a sănătăţii (reprezintă măsura în care persoanele percep evenimentele din viaţa de zi cu zi ca fiind/ sau nefiind în sfera lor de control). Persoanele care deţin un *loc al controlului intern* au o tendinţă crescută de *asumare a responsabilităţii* pentru menţinerea stării lor de sănătate (Darrow, 1989).

Rolul autoeficacităţii în schimbarea comportamentală a fost documentat pentru o varietate de domenii: consumul de droguri; activitatea sexuală; consumul de ţigări; reducerea greutăţii corporale şi dieta. Autoeficacitatea/ eficacitatea percepută se referă la credinţa indivizilor în propria lor capacitate de a exercita control asupra funcţionalităţii lor şi asupra evenimentelor care le afectează viaţa (Bandura, 1997). Autoeficacitatea este efectuată de nivelul scăzut al coeziunii familiale, instabilitatea familială şi sentimentele de lipsă a puterii, care conduc la niveluri ridicate de stres.

Mecanismele prin care autoeficacitatea îşi exercită influenţa asupra comportamentului au fost prezentate în diverse teorii ale psihologiei sociale.

Potrivit *Teoriei Social Cognitive* (Bandura, 1977), indivizii cu percepţii mai bune despre propriile abilităţi au şanse mai mari de a iniţia comportamente sănătoase (de exemplu: încetarea sau reducerea fumatului) comparativ cu cei a căror autoeficacitate este scăzută. Structurarea programelor de promovare a comportamentelor sănătoase ar trebui să înceapă cu stabilirea scopurilor şi nu cu

mijloacele necesare. Acest lucru se bazează pe aplicativitatea teoriei social-cognitive asupra promovării sănătății şi prevenția bolilor (Bandura, 1997).

Această teorie identifică setul principal de determinanți comportamentali, specifică mecanismul prin care aceştia produc efecte şi oferă ghidare pentru implementare. Determinanții principali sunt:

- cunoaşterea riscurilor în care se află sănătatea şi beneficiile unor diferite practici sănătoase;
- percepția autoeficacității (controlul asupra obiceiurilor de sănătate);
- expectațiile despre costurile şi beneficiile anumitor comportamente sănătoase;
- scopurile legate de sănătate;
- planurile şi strategiile concrete pentru comportamentele de sănătate;
- facilitatorii schimbării comportamentale şi impedimentele sociale sau structurale percepute.

Facilitatorii şi obstacolele percepute (aspecte sociale, economice, activitățile umane) pot face oamenii abordeze activ provocările obiceiurilor sănătoase sau descurajează conduita sănătoasă.

Autoeficacitatea este un determinant cheie deoarece îşi pune amprenta asupra comportamentului de sănătate atât în mod direct, cât şi prin influența pe care o are asupra celorlalți determinanți. Oamenii au tendința de a evita sarcinile care le depăşesc abilitățile, în timp ce le caută pe cele pentru care se consideră competenți.

Credințele despre autoeficacitate:

- determină scopurile şi aspirațiile. Cu cât este mai puternică eficacitatea, cu atât este mai înalt scopul cu care oamenii se provoacă pe sine şi cu atât este mai ferm angajamentul de a obține rezultatul dorit;
- influențează deciziile, cantitatea de efort pe care omul o investeşte în activități, perioada în care va persevera pentru a face față dificultăților. Un sentiment puternic al autoeficacității este considerat cel mai bun determinant pentru ca o încercare, prin perseverență, să devină un comportament sănătos;
- modelează şi rezultatele pe care indivizii le aşteaptă în urma efortului depus. Cei care au un nivel de eficacitate adecvat aşteaptă efecte favorabile, iar cei care prezic performanțe deficitare de la propria persoană anticipează că eforturile lor vor conduce la rezultate slabe;
- determină percepțiile asupra obstacolelor/ impedimentelor. Indivizii cu autoeficacitatea scăzută sunt convinşi de inutilitatea efortului depus în fața dificultăților. În schimb, cei cu autoeficacitate ridicată văd impedimentele ca pe nişte abilități de a le depăşi prin intermediul efortului susținut sau ca pe modalități de îmbogățire a managementului de sine;
- reduce vulnerabilitatea la stres şi depresie şi recăderile (Bandura, 1986).

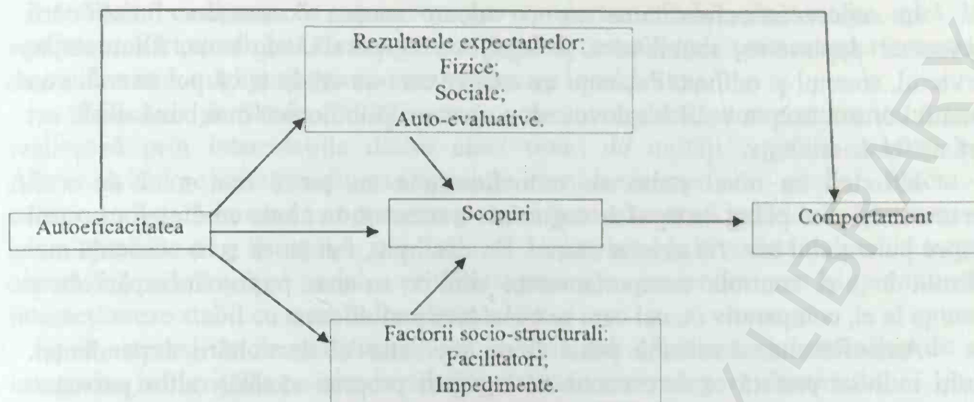


Figura 1. Relația autoeficacitate – comportament (perspectiva teoriilor social cognitive, Bandura, 1997).

Studiile arată că relația dintre determinanții sănătății și CS este mediată de autoeficacitate. Ea având un rol major în menținerea comportamentelor sănătoase (de exemplu: exerciții fizice; activitate sexuală; prevenția bolilor cardio-vasculare). La indivizii cu nivel ridicat de autoeficacitate există o probabilitate mai mare a manifestării comportamentelor sănătoase, în special pentru că percep obstacolele ca provocări pentru autodepășire (Maibach & Murphy, 1995). Autoeficacitatea prezice dezvoltarea și menținerea comportamentelor sănătoase în arii foarte diverse: renunțarea la fumat; controlul greutății corporale și tulburările de alimentație; activitatea fizică; abuzul de alcool; conduita de contracepție; complianța la tratamentul medicamentos (Lawton *et al.,* 2007). În perioada adolescenței, autoeficacitatea are un rol predictiv puternic pentru diferite tipuri de comportamente: comportamentul alimentar, consumul de droguri și comportamentul sexual (DiIorio *et al.,* 2001). Un nivel ridicat al autoeficacității scade posibilitatea ca adolescentul să aibă încredere în competența percepută a celorlalți și astfel poate reduce influențele negative de modelare din interiorul grupului. În plus, există o probabilitate mai redusă ca un adolescent cu o autoeficacitate crescută să apeleze la comportamente ce îi pun viața în pericol, încercând astfel să atragă atenția celor din jur, ca o modalitate de a-și spori stima de sine (Caroll *et al.,* 2008). Astfel, se poate spune că autoeficacitatea are un rol protectiv, apărând adolescenții de comportamentele negative și favorizându-le pe cele sănătoase (Schwarzer & Jarusalem, 1995).

Autoeficacitatea este un predictor puternic pentru comportamentele de prevenire și detecție a bolii (Egbert *et al.,* 2001). Diferențele individuale în ceea ce privește autoeficacitatea se mențin și în cazul stilurilor atribuționale. Cei cu autoeficacitate ridicată atribuie eșecurile unor factori externi și le construiesc ca pe o retragere temporară pentru a-și reveni, în timp ce indivizii cu autoeficacitate scăzută atribuie, în general, rezultatele negative propriei lor inabilități de a realiza sarcinile (Abraham & Michie, 2008).

În cancer autoeficacitatea are o valoare asupra domeniilor funcţionării persoanei: deplasarea, mobilitatea şi îngrijirea corporală, vigilenţa, alimentaţia, serviciul, somnul şi odihna. Pacienţii cu cancer care au credinţa că pot exercita un anumit control asupra bolii lor dovedesc o ajustare psihologică mai bună decât cei fără astfel de credinţe.

Indivizii cu nivel redus de autoeficacitate au şanse mai mici de a fi perseverenţi şi se plâng de tipul de regim sau tratament, în ciuda credinţelor proprii despre potenţialul benefic al intervenţiei. De exemplu, fumătorii cu o eficienţă mai scăzută în a-şi controla comportamentul adictiv au mai puţine încercări de a renunţa la el, comparativ cu cei care se considera mai eficace.

Autoeficacitatea scăzută poate fi un predictor al dezvoltării dependenţei. Mulţi indivizi preferă să lase controlul îngrijirii propriei sănătăţi altor persoane precum medicii, psihoterapeuţii, membrilor din familie.

Autoeficacitatea este asociată pozitiv complianţei. Are un mediator între complianţă şi variabilele fiziologice (simptome, abuzul de diferite substanţe, povara percepută a transformării) şi cele psihologice (depresie, suport social, caracteristici ale personalităţii şi stigmatul perceput) (Lawton *et al.*, 2009).

Autoeficacitatea percepută şi acţională constituie un obiectiv terapeutic. Autoeficacitatea permite controlul mai bun al durerii, ameliorarea dizabilităţilor, funcţionalităţii, împiedică dezvoltarea depresiei şi a sentimentului de neîmplinire. Dacă indivizii îşi percep durerea ca fiind necontrolabilă, pesimismul şi deprecierea abilităţilor de coping persistă. Dacă indivizii consideră că sunt capabili să utilizeze în mod eficient abilităţile de coping (credinţele de autoeficacitate), creşte toleranţa la situaţii aversive. Aceste cogniţii influenţează atât aspectele fiziologice, cât şi pe cele psihologice.

***Chestionarul de *Eficacitate de Sine Sherer* (*SES*, Sherer et al. 1982; Sherer şi Adams 1983) este un instrument constând din 23 de itemi scoraţi de la 1 (în foarte mică măsură) la 5 (în foarte mare măsură), dezvoltat pentru a evalua eficacitatea personală generală. Studiile de validare pe adulţi au demonstrat că instrumentul are o consistenţă internă şi o validitate de construct pentru două subscale, Autoeficacitate generală (17 itemi) şi Autoeficacitate socială (6 itemi).

3.2.1.6. Emoţionalitatea şi interacţiunea cogniţie-emoţie-personalitate

Afectivitatea este considerată un proces psihic (auto)reglator. Emoţiile semnalizează:

(a) stimulii care aduc daune/ nu concordă cu instinctele sau nevoile de bază, ori cu cele superioare,

(b) absenţa stimulilor necesari nevoilor (semnalizarea dezechilibrelor).

Autoreglarea emoţională se manifestă prin lansarea unor stări afective care antrenează mecanisme de

- evitare-respingere a stimulilor periculoşi, situaţiilor riscante şi comportamentelor de risc sau
- căutare-apropiere a stimulilor necesari, situaţiilor utile, comportamentelor sănătoase.

Multe campanii de promovare a comportamentului sănătos fac apel la sentimente (frica asociată cu imagini ce prezintă consecinţele unor comportamente, de ex. fumatul, neglijenţa în raport cu siguranţa muncii etc.).

Mischel şi Shoda (1998) susţin că autoreglarea comportamentului se realizează prin interrelaţiile dintre cinci tipuri de unităţi cognitiv-emoţionale. Aceste unităţi se referă la diverse tipuri de evenimente mentale - gânduri, afecte – care se activează în mod caracteristic şi stabil la nivelul unui individ, în relaţie cu o anumită trăsătură a situaţiilor sau Selfului. Unităţile cognitiv-afective includ toate aspectele psihologice, sociale şi fiziologice ale oamenilor ce le permit să interacţioneze stabil cu mediul lor (Tabelul 2):

1. strategiile de codificare, sau modul individualizat al oamenilor de a categoriza informaţiile pe care le primesc de la diverse categorii de stimuli;
2. aşteptările/ expectaţiile şi credinţele/ convingerile;
3. răspunsurile afective, emoţiile, sentimentele şi afectele ce însoţesc reacţiile fiziologice;
4. obiectivele şi valorile (ce tind a reda un comportament destul de consistent);
5. competenţele şi strategiile auto-regulatorii (una dintre cele mai importante competenţe este inteligenţa; oamenii folosesc strategii auto-reglare pentru a-şi controla propriile comportamente pentru obiectivele auto-formulate şi consecinţele auto-produse).

Tabelul 2. Tipuri de unităţi cognitiv-afective în sistemul mediator al personalităţii.

1. (En)codări: Categorii (constructe) ale Eului, oameni, evenimente şi situaţii (externe şi interne).
2. Aşteptări şi Credinţe: despre lumea socială, despre rezultatele comportamentului în situaţii speciale, despre auto-eficacitate.
3. Procese afective: sentimente, emoţii şi răspunsuri afective (inclusiv reacţii fiziologice).
4. Obiective/ scopuri şi Valori: rezultate dezirabil şi stări afective; rezultate aversive şi stări afective; obiective, valori, proiecte de viaţă.
5. Competenţe şi Planuri de auto-reglare: comportamente potenţiale şi lucrări pe care cineva le poate face; planuri şi strategii pentru organizarea acţiunii, rezultatelor personale, comportamentului şi stărilor interne.

În *modelul unităţilor cognitiv-afective ale personalităţii* (CAPS), diferenţele individuale stabile reflectă organizarea distinctivă a cogniţiilor şi afectelor, care caracterizează schimbările şi activările lor în timp şi în diferite situaţii. În această organizare, există un ghidaj şi o serie de constrângeri ale activării particulare a cogniţiilor, proceselor afective şi acţiunilor ce sunt disponibile în cadrul sistemului în raport cu diferite aspecte situaţionale. Această *organizare stabilă* sau *reţea* a interrelaţiilor este conceptualizată ca produs al istoriei învăţării social-cognitive a individului în interacţiune cu istoria biologică (precum temperamentul şi determinanţii genetic-biochimici). Un sistem de personalitate este caracterizat de

unităţile cognitive şi afective disponibile, organizate într-o *reţea a interrelaţiilor*. Când anumite configuraţii de trăsături situaţionale sunt experimentate de către un individ, un subset caracteristic de cogniţii şi afecte devin active prin reţeaua distinctivă a conexiunilor în procesul de (en)codificare. Conexiunile dintre unităţile cognitive şi afective ghidează şi constrâng activările altor unităţi ale reţelei, activând planuri, strategii, comportamente potenţiale, în procesele generării conduitei.

La nivelul persoanei, organizarea acestui sistem se presupune a fi *stabil* şi *unic*. Unităţile mediatoare se activează în relaţie cu anumite particularităţi ale situaţiilor sau sunt dezactivate, inhibate în raport cu alte aspecte situaţionale, ori nu sunt afectate de loc de acestea. Conexiunile dintre unităţile din interiorul reţelei stabile care caracterizează persoana pot fi pozitive, crescând activarea sau negative scăzând activarea.

O implicaţie importantă este aceea că indivizii diferă caracteristic în diversele situaţii particulare, care sunt ingredientele active pentru ei. Ele activează dinamicile distinctive individuale, caracteristicile previzibile ale cogniţiei, afectului şi acţiunii/comportamentului în acele situaţii. Aceste dinamici nu sunt activate doar de particularităţile situaţiilor externe, ci şi de feedback-ul proceselor cognitive şi afective activate de astfel de evenimente interne (ca atunci când eşti "trist" sau te simţi "singur") sau de situaţii ce pot fi pur şi simplu imaginate sau anticipate. Comportamentele pe care persoana le construieşte în mediul interpersonal şi social pot, la rândul lor, să schimbe caracteristicile situaţionale întâlnite în tranzacţii (Mischel şi Shoda 1998).

Teoria interacţiunii sistemelor personalităţii (*personality systems interactions* – PSI) afirmă că motivaţia umană şi personalitatea sunt mediate de o *ierarhie a sistemelor reglatoare*. Există şapte nivele ale reglării, care pot fi organizate pe trei niveluri majore (Kuhl *et al*., 2006) (Tabelul 3).

La nivelul cel mai de jos, comportamentul este ghidat de senzaţii şi de programe comportamentale intuitive. *Recunoaşterea obiectuală* este un sistem al senzaţiile elementare specializat în detecţia abaterilor, lucrurilor neaşteptate sau discrepante, incluzând stimulii externi sau interni, ca „obiecte" ale experienţei. *Controlul comportamental intuitiv* este un sistem care susţine programele motorii intuitive, specializat în organizarea programelor comportamentale automate.

La nivelul de mijloc, comportamentul este ghidat de emoţii şi sisteme de coping. Sistemele afective pozitive şi cele negative asigură reglajul comportamentului de apropiere sau evitare. Acest nivel este responsabil şi de coping, integrând informaţia discrepantă la un sistem de nivel superior prin activarea hipocampului. Motivele sunt implicate în aceste mecanisme.

La cel mai înalt nivel, comportamentul este reglat de două sisteme cognitive complexe: specializate în procesarea analitică secvenţială şi auto-control, pe de o parte şi în procesarea hollistă/ sintetică şi auto-reglare, pe de altă parte. Memoria intenţională menţine legiferarea scopurilor la un nivel conştient şi analitic şi, în acelaşi timp, inhibă intenţiile premature legate de scopuri. Memoria extensivă/ prelungită integrează informaţii care se originează în diferite modalităţi senzoriale,

nevoi, stări corporale, etc., permiţând formarea unor „hărţi cognitiv-emoţionale" extinse, părţi esenţiale ale Eului.

Tabelul 3. Niveluri şi sisteme ale teoriei interacţiunii sistemelor personalităţii.

Categorii largi	Nivel	Sisteme principale
Cogniţii complexe	(7) Auto-conducere (6) Cogniţie de nivel înalt	Auto-reglare (EM) Auto-control (IM) Procesări holliste paralele (EM) Procesări secvenţiale analitice (IM)
Emoţii şi coping (măsuri adaptative)	(5) Motive (4) Coping emoţional (3) Afect	Putere (EM) Realizare (IM) Afiliere (IBC) OR← Hipocamp → EM Pozitiv (IBC) *Inhibiţie pozitivă* (IM) Negativ (OR) *Inhibiţie negativă* (EM)
Senzaţii şi comportament elementar	(2) Temperament (1) Operaţii cognitive simple	Activare motorie (IBC) Activare/ arousal senzorial (OR) Programe motorii (IBC) Categorizare senzorială (OR)

Note: EM – memorie extinsă, prelungită; IM – memorie intenţională; OR – recunoaşterea obiectului; IBC – control comportamental intuitiv; ← → - interacţiunea dintre două sisteme. Teoria PSI susţine interacţiunea între toate sistemele, mai ales la nivel înalt. Sunt listate în tabel numai sistemele principale (coloana a treia) implicate în fiecare nivel.

În anumite momente, comportamentul omului poate fi reglat simplu de sistemele elementare - recunoaşterea obiectuală şi controlul comportamental intuitiv. Comportamentul ghidat de aceste sisteme este rigid, inflexibil. O mai mare flexibilitate în reglarea comportamentului poate fi achiziţionată prin participarea sistemelor de la niveluri mai înalte. Reglarea comportamentelor sofisticate depind de coordonarea sistemelor elementare cu cele superioare. Există două forme complexe de auto-conducere (auto-guvernare):

- *legiferarea scopurilor* (presupune o interacţiune între memoria intenţională, care formează şi menţine reprezentarea scopurilor abstracte şi controlul comportamental intuitiv, pentru a traduce scopurile abstracte în acţiuni concrete),

- *auto-dezvoltarea* (implică interacţiunea între recunoaşterea obiectuală, care relevă aspecte neaşteptate sau indezirabile ale experienţei şi memoria extinsă, pentru a integra noile experienţe în reţelele de priorităţi personale).

Pentru a realiza aceste două forme de auto-conducere, coordonarea proceselor depinde de *afectivitate*. Afectele pozitive coordonează relaţiile dintre

memoria intenţională şi controlul comportamental intuitiv. Când afectele pozitive au un grad scăzut (de exemplu, când persoana întâmpină solicitări grele, frustrări, descurajare), memoria intenţională este activată, iar controlul comportamental intuitiv este inhibat. Când nivelul afectului pozitiv este înalt (primirea unei recompense sau experimentarea succesului) memoria intenţională este inhibată, iar controlul comportamental intuitiv este activat. Afectul negativ coordonează relaţia dintre recunoaşterea obiectuală şi memoria extinsă. Când nivelul de afect negativ este *ridicat* (ameninţare, frică, durere), recunoaşterea obiectuală se activează, iar memoria extensivă se inhibă. Când nivelul de afect negativ este *scăzut* (calm, relaxare), recunoaşterea obiectuală se inhibă, iar memoria extensivă se activează. În concluzie, schimbările afectelor sunt vitale pentru legiferarea scopurilor şi pentru auto-dezvoltare. Abilităţile de reglare afectivă vor facilita major autoreglarea în general (vezi Kuhl *et al.*, 2006).

3.2. Factori externi determinanţi ai comportamentului de sănătate

3.2.1. Suportul social

Schimbarea CS se produce în cadrul unei reţele de influenţe sociale. În funcţie de natura lor, factorii sociali pot susţine, întârzia sau submina eforturile pentru schimbare comportamentală (Bandura, 1990). Persoanele semnificative din anturajul individului au deseori o influenţă în alertarea acestuia vis-à-vis de riscuri, în sugerarea unor modalităţi de reducere a riscurilor şi în modelarea unor strategii specifice pentru a schimba comportamentul (Coates, 1988).

3.2.2. Mass-media

Datorită spectrului larg în care îşi exercită influenţa, mass-media poate servi drept un agent major pentru difuzarea informaţiilor privind recomandările de sănătate. Mass-media nu poate afecta comportamentul în mod direct, ci indirect, prin intermediul convingerilor şi al atitudinilor. Astfel, cele mai multe mesaje îşi îndeplinesc scopurile persuasive prin creşterea *autoeficacităţii percepute* (Bandura, 1990).

3.2.3. Sistemul de sănătate

Poate facilita schimbarea comportamentelor de sănătate, a atitudinilor şi convingerilor privind sănătatea. Aspectele cu rol influent în CS sunt: accesul la servicii (accesibilitate geografică), accesul la resursele sistemului de sănătate, designul serviciilor, strategiile de planificare a serviciilor, strategiile de promovare a sănătăţii, programe de screening al riscurilor, etc. (Stokols, 1992).

3.2.4. Factori socioculturali, economici şi politici

Aculturaţia presupune adoptarea *limbii* şi a *stilurilor de viaţă* (culturale normative) ce aparţin populaţiei de origine, dar şi *progresul socio-economic*, absenţa prejudecăţilor şi discriminării în cadrul societăţii, căsătoria mixtă, etc. (Portes & Rumbaut, 2000).

Termenul "aculturaţie" este folosit pentru a descrie schimbările comportamentale, valorice şi atitudinale ce se produc în urma contactului dintre două grupuri de populaţie anterior necunoscute (grupul de imigranţi şi societatea de bază). Se admite existenţa unei bipolarităţi a aculturaţiei, în care culturile celor două grupuri se influenţează reciproc, producând şi efecte asupra comportamentului sănătos (în general se admite că modificările mai mari se produc în cultura grupului subordonat/ minoritar) (Hunt, 1999).

Factorii sociali şi normele comunităţii au o influenţă considerabilă asupra analizei costuri-beneficii a schimbării comportamentale şi asupra autoeficacităţii (Coates, 1988). Corespondenţa, coincidenţa între *valorile grupurilor de referinţă* influente şi valorile personale reprezintă un predictor al adoptării de CS (O'Keeffe, 1990). Rolul aculturaţiei a fost examinat în raport cu diferite aspecte ale stării de sănătate: comportamentul de risc (consumul de alcool/ ţigări; practici sexuale nesigure); accesul la modalităţile de revenire a bolilor (imunizare; control prenatal; control stomatologic); credinţele/ atitudinile cu privire la sănătate (credinţe despre parentitate); sănătatea copiilor/ nou-născuţilor (greutate scăzută la naştere; mortalitate infantilă).

În SUA, legătura dintre aculturaţie şi sănătate s-a analizat nu numai cu raportare la imigranţi, ci şi cu raportare la grupurile de minorităţi (precum cele afro-americane, nativii americani şi puertoricanii). Deşi iniţial studiile se centrau asupra rolului aculturaţiei privită ca sănătăţii vizează şi factorii socioeconomici, factorii contextuali şi discriminarea (Arcia *et al.*, 2001).

Figura 2 propune un set de variabile directe şi mediate ce alcătuiesc un model al înţelegerii raportului cultură - sănătate.

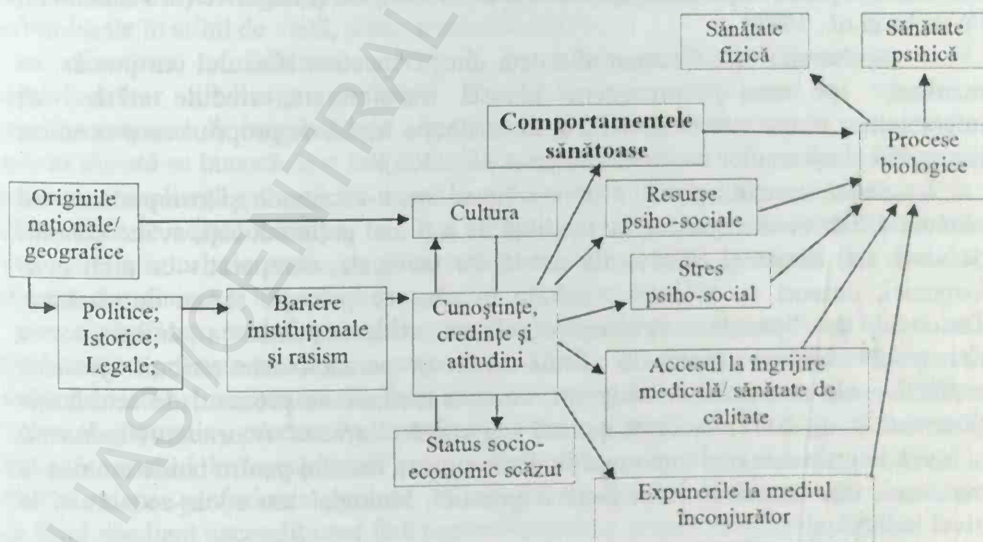


Figura 2. Relaţia dintre procesul de aculturaţie şi comportamentele sănătoase (adaptare pentru populaţia hispanică din S.U.A., după Williams *et al.*, 1993).

Studiile relevă câteva tendinţe ale aculturaţiei:

- factorii familiali şi cei comunitari mediază asocierea pozitivă dintre asimilarea imigranţilor, pe de o parte şi sănătatea mentală/fizică scăzute şi comportamentele de risc, pe de altă parte (Harris, 1999).

- discriminarea percepută şi stresul legat de aculturaţie determină efecte independente asupra comportamentului depresiv la adulţi (de origine mexicană din California) (Finch *et al.,* 2000).

- imigranţii care sunt mai "aculturaţi" manifestă comportamente mult mai nesănătoase decât cei mai puţin "aculturaţi".

- asocierea pozitivă dintre aculturaţie şi sănătatea precară a fost confirmată pentru consumul de alcool, de ţigări şi de droguri şi pentru greutatea scăzută la naştere (Norman & Seydel, 2005). Apare întrebarea de ce oferă aculturaţia efecte diametral opuse în ceea ce priveşte comportamentele sănătoase? Unii cercetători vorbesc despre "statutul de imigrant" (Harris, 1999) sau despre o "orientare culturală specifică" (de exemplu: mexicanii) (Scribner & Dwyer, 1989) ce acţionează ca un efect protectiv asupra sănătăţii. Sunt mecanisme care prin creşterea aculturaţiei pot înrăutăţi starea de sănătate (de exemplu: prin reducerea suportului social, imigranţii pot dezvolta şi se pot refugia în reţele de socializare prin intermediul internetului).

- sănătatea se îmbunătăţeşte prin intermediul accesului la programele de îngrijire a sănătăţii şi la asigurarea ei, imigranţii au şanse mai mari de se adapta şi de a rămâne în acele regiuni (Perez-Stable *et al.*, 2001).

- efectele procesului de aculturaţie variază în funcţie de grupul etnic de origine. De exemplu, aculturaţia este asociată pozitiv consumului de ţigări în ceea ce îi priveşte pe hispanici (*ibidem*), iar în cadrul subgrupurilor asiatice s-au raportat atât asocieri pozitive (la chinezi) (Chen *et al.,* 1999), cât şi negative (la vietnamezi) (Wiecha *et al.,* 1998).

- aculturaţia este frecvent abordată din perspectiva stresului (ca proces, ca rezultat), pe care îl presupune această transformare, studiile arătând că interacţiunea dintre stresul specific şi insatisfacţia legată de propriul corp conduce la apariţia simptomelor bulimice (Perez *et al.,* 2002).

- există corelaţii pozitive între statusul socio-economic şi comportamentul sănătos. Chiar dacă hispanicii au tendinţa de a fi mai puţin educaţi, având condiţii de viaţă mai sărace şi carenţe ale serviciilor medicale, comparativ cu albii non-hispanici, deseori au aceleaşi rezultate în ceea ce priveşte starea de sănătate. Termenul de "paradox epidemiologic"este utilizat pentru a defini aceste descoperiri. Ipoteza principală afirmă că acest paradox este atribuit *efectelor protective ale statusului de imigrant*, ce sunt mediate de procesul de aculturaţie (Franzini *et al.*, 2001). Această ipoteză sugerează că *efectul de orientare culturală* la nivel de grup este mai important în determinarea riscului pentru bolile cronice la mexicanii din America, decât factorii genetici, biologici sau socio-economici la nivel individual.

- efectele aculturaţiei asupra comportamentelor sănătoase sunt diferite între bărbaţi şi femei. De exemplu, procesul de aculturaţie creşte riscul pentru un consum mai mare de ţigări la femei comparativ cu bărbaţii (Shankar *et al.,* 2000).

Aceste rezultate sunt asemănătoare cu unele studii sociologice care sugerează că aculturaţia este un proces cu diferenţiere în funcţie de gen. Fetele imigrante au şanse mai ridicate de a se confrunta cu probleme de identitate, de a avea un nivel scăzut al stimei de sine, depresie şi conflicte mai dese cu părinţii (Rumbaut, 1996).

- luând în calcul statusul socio-economic, efectele aculturaţiei asupra sănătăţii au rezultate mixte. De exemplu, unele studii ce au avut în vedere statusul socio-economic şi factorii demografici au arătat că la mamele imigrante din Texas e mai puţin probabil ca proprii copii să fie imunizaţi corect (Prislin *et al.*, 1998). Indicatorii pentru incidenţa cancerului, a mortalităţii infantile şi a altor probleme fizice şi psihice se înrăutăţesc în perioada aculturaţiei. Nivelul socio-economic redus sau sărăcia sunt strâns legate de factorii individuali, precum cunoştinţele şi credinţele în raport cu simptomele avute, cu practicile de sănătate, atitudinile faţă de sistemul de sănătate, complianţa la tratamentele recomandate şi comportamentul faţă de căutarea, acceptarea şi utilizarea serviciilor medicale. Acestea pot fi asociate cu percepţii diverse ale acceptării sociale şi pot deveni o măsură a discriminării sociale.

4. Complianţa

4.1. Definiţii

În literatura de specialitate apar termenii de *complianţă, aderenţă, concordanţă*, desemnând importante fenomene ale autoreglării comportamentului de sănătate. Complianţa terapeutică a reprezentat un subiect de interes clinic încă din anii '70 datorită cazurilor des întâlnite de non-complianţă la recomandările terapeutice. În sfera acesteia nu intră doar complianţa pacientului la medicaţie, ci şi schimbările în stilul de viaţă, dieta, exerciţiile fizice.

Conform lui DiMatteo (1995), 2 din 5 pacienţi nu îşi iau într-un mod corespunzător medicaţia prescrisă. Totodată, rata complianţei la terapiile medicamentoase *de lungă durată* a fost estimată la 40-50%, în timp ce terapiile *de scurtă durată* se bucură de o rată mai ridicată, cuprinsă între 70% şi 80%. Cea mai scăzută complianţă pare să fie aceea la schimbările stilului de viaţă, estimată la 20%-30%. În aceste condiţii, se pune întrebarea de ce, în ciuda celor mai bune intenţii şi eforturi ale profesioniştilor din domeniul sănătăţii, pacienţii dau dovadă de non-complianţă şi împiedică atingerea rezultatelor dorite?

Complianţa se defineşte prin congruenţa dintre comportamentele pacientului (în ceea ce priveşte medicaţia, respectarea dietei sau realizarea schimbărilor în stilul de viaţă) şi recomandările furnizorilor de servicii medicale (Jin *et al.*, 2008). Termeni alternativi, precum "aderenţă" sau "concordanţă", au fost propuşi pentru a înlocui termenul de "complianţă", care a fost criticat pentru viziunea "paternalistă" asupra relaţiei profesionist-pacient. În această accepţiune, pacientul este perceput că fiind obedient necondiţionat fără posibilitatea de a alege (Stromberg, 2006).

Aderenţa include conceptul de posibilitate de *alegere*, astfel că responsabilitatea este împărţită între pacient şi medic (*ibidem.*).

Concordanța definește alianța terapeutică ca pe un proces de *negociere*, în care pacientul și medicul se află pe poziții de egalitate (Patel *et al.*, 2007).

Cu toate acestea, termenul de "complianță" continuă să fie folosit frecvent în cercetarea medicală, adeseori interșanjabil cu ceilalți termeni.

Numeroase studii evidențiază necesitatea de a investiga factorii implicați în lipsa de complianță/ aderență la tratament și de a formula strategii de combatere a acestor fenomene asociate în mod direct cu rezultatele terapeutice slabe (de exemplu, la pacienții cu diabet, epilepsie, SIDA, astm, tuberculoză, hipertensiune și transplant de organe) (Sabaté, 2003). Aderența redusă la tratament constituie cel mai important motiv pentru controlul deficitar al presiuni sangvine la pacienții hipertensivi, favorizând astfel riscul de infarct miocardic, accident vascular cerebral și insuficiență renală (*ibidem*).

4.2. Factorii care influențează complianța

În cadrul unui studiu de meta-analiză a 102 lucrări, Jin et al. (2008) au analizat și clasificat factorii care contribuie cel mai frecvent la non-complianță (din perspectiva pacienților). O sistematizare a lucrării acestora se regăsește în Tabelul 4.

Teoria Autoreglării centrată pe coping (cognitiv) este frecvent utilizată pentru a explica felul în care anumite domenii ale convingerilor despre sănătate se asociază cu aderența la medicație.

Teoria propusă de Leventhal și colab. (2003) integrează conceptul de coping din teoriile despre *toleranța la stres*. Conform acestei teorii, consecințele bolii (starea de sănătate, adaptarea psihologică, starea emoțională de bine, calitatea vieții sau funcționalitatea fizică și socială) sunt mediate de *răspunsurile de coping* pe care pacientul le adoptă. Feedback-ul produs de consecințele bolii va determina modificări în reprezentările mentale despre boală (procesul de formare a convingerilor este dinamic deoarece reprezentările se schimbă) (Godoy-Izquierdo *et al.*, 2007).

Convingerile și reprezentările pacienților *despre medicamentele* prescrise (necesitate, temeri) și *despre boală* (cronicitate, cauze, consecințe, controlabilitate) constituie factori importanți în procesul decizional/ alegerii de a urma sau nu tratamentul medicamentos și a circumstanțelor propice. Literatura despre convingerile și aderența pacienților a aprofundat cele două tendințe majore (Horne *et al.*, 2005):

(1) studii privind percepția pacienților în raport cu *medicația* pentru a evalua relația dintre convingeri și aderență și de a dezvolta modele teoretice ale complianței;

(2) cercetări dedicate percepției *simptomelor* și contextului mai larg în care pacienții iau decizii privind medicația, percep și procesează informațiile despre boală și despre tratament.

Tabelul 4. Factorii care afectează complianța terapeutică (Jin *et al.*, 2008).

Factori demografici	Vârsta	Complianța tinde să crească odată cu vârsta.
	Sex *Nivel educațional* *Statut marital* *Etnie*	Rezultate inconcludente.
Factori psihologici	*Convingerile și motivația față de terapie*	Complianță mai bună atunci când pacientul: 1. se simte susceptibil la boală sau la complicațiile acesteia; 2. crede că boala sau complicațiile acesteia pot avea consecințe grave asupra sănătății sale; 3. crede că terapia va fi eficientă sau recunoaște beneficiile acesteia.
	Atitudinile negative față de terapie	Depresia, anxietatea, frica sau furia în legătură cu boala reprezintă predictori ai complianței deficitare.
	Relația medic-pacient	O relație construită pe încredere, empatie, respect, suport emoțional și implicare favorizează complianța.
	Abilități de utilizare a informației în scopuri sanogene ("health literacy")	Abilitatea de a citi, înțelege și utiliza informații ce țin de serviciile medicale și de a lua decizii informate pe baza acestora - conduc la o mai bună complianță.
	Cunoștințele despre boală	Instruirea cu privire la boală, rolul tratamentului și consecințele non-complianței favorizează aderența activă la tratament.
	Comorbiditatea	Consumul de alcool, fumatul și uzul de substanțe sunt predictori puternici ai non-aderenței.
	Uitarea	Uitarea este o cauză des întâlnită a non-complianței.
Factori ce țin de terapie	*Ruta administrării*	Complianță mai mare la medicamentele administrate pe cale orală.
	Complexitate	Rata complianței descrește pe măsură ce numărul de doze zilnice crește.
	Durată	Bolile *acute* sunt asociate cu o complianță mai ridicată față de bolile *cronice*.
	Efectele secundare	Efectele adverse afectează complianța pacienților.
	Gradul necesar de schimbare comportamentală	Afectează motivația pacienților de a fi complianți la tratament (spre exemplu, dificultatea de schimbare a obiceiurilor de nutriție).
Factori socioeconomici	*Timpul investit*	Inabilitatea de a dedica suficient timp tratamentului reduce complianța.
	Costul terapiei și venitul	Costul ridicat al terapiei favorizează non-complianța, în special la pacienții cu venituri scăzute și cu boli cronice.
	Suportul social	Pacienții care beneficiază de suport emoțional din partea familiei, prietenilor și furnizorilor de servicii medicale au o complianță mai bună.
Factori ce țin de sistemul medical		Accesibilitatea scăzută la serviciile medicale, perioadele lungi de așteptare, dificultățile în obținerea medicamentelor și insatisfacția față de vizitele la medic contribuie la non-complianță.
Factori ce țin de boală		Pacienții care suferă de boli cu simptome fluctuante sau fără simptome sunt mai puțin complianți. Un rol important revine felului în care starea de sănătate este percepută.

Vom prezenta rezultatele cercetărilor privind convingerile despre medicaţie şi convingerile despre simptome, continuând cu prezentarea convingerilor compensatorii.

(1) Percepţiile şi convingeri despre medicaţia prescrisă

Unul din motivele des citate de pacienţi pentru nerespectarea tratamentului este îngrijorarea privind efectele dăunătoare ale medicaţiei. În această reprezentare, efectele secundare ale medicaţiei sunt intrinseci, astfel încât pacientul nu poate beneficia de efectele pozitive fără a le experimenta şi pe cele negative. Cu alte cuvinte, eficacitatea implică şi un anumit grad de toxicitate (Horne *et al.*, 2005). Procesul decizional care conduce la complianţă sau non-complianţă devine o analiză de costuri-beneficii ale terapiei: pacienţii raportează beneficiile respectării tratamentului (controlul asupra simptomelor şi prevenţia complicaţiilor) la constrângerile asupra stilului de viaţă şi riscurile percepute ale acestuia (Donovan & Blake, 1992). Într-un studiu privind complianţa pacienţilor de vârsta a treia diagnosticaţi cu insuficienţă cardiacă, pacienţii complianţi au recunoscut mai multe beneficii ale dietei şi medicaţiei lor comparativ cu pacienţii mai puţin complianţi (van der Wal *et al.*, 2005).

Convingerile despre medicaţie se exprimă în mai multe moduri, după cum urmează:

a) Efecte secundare dăunătoare. Teama de a experimenta efecte secundare, precum şi experienţele reale ale pacienţilor în acest sens contribuie la formarea unor percepţii despre gradul de risc sau de periculozitate al anumitor medicamente, fiind asociate convingerii că acestea fac mai mult rău decât bine. Într-un studiu realizat cu pacienţi având osteoporoză, teama că efectele secundare ale bifosfonaţilor ar putea fi mai severe decât simptomele bolii în sine a reprezentat unul din predictorii non-aderenţei (Carr *et al.*, 2006). Într-un alt studiu, aderenţa mai bună la tratamentul cu corticosteroizi inhalatori a pacienţilor cu astm a fost asociată cu percepţia unor consecinţe negative mai reduse ale medicaţiei (Bolman *et al.*, 2011).

b) Adicţie şi dependenţă. Deşi sunt cunoscute relativ puţine medicamente cu proprietatea de a provoca adicţie (spre exemplu, medicamentele psihoactive), ideea că uzul îndelungat al unui medicament se asociază cu riscul de a deveni dependent reprezintă totuşi un subiect de îngrijorare pentru pacienţi. O cercetare privind convingerile despre sănătate ale pacienţilor din patru grupe de boli cronice (astm, boli renale, boli cardiace şi oncologice) a evidenţiat că mai mult de 1/3 (o treime) dintre participanţi au semnalat preocupări puternice faţă de medicaţie datorită pericolului dependenţei (Horne & Weinman, 1999).

c) Imunitate şi toleranţă. Teama de a deveni imuni la efectele benefice ale medicaţiei dacă tratamentul este continuat pe termen lung a fost asociată cu non-complianţa la tratament la pacienţii cu osteoporoză (Carret *et al.*, 2006) şi la pacienţii cu durere cronică (Gill & Williams, 2001).

d) Mascarea altor simptome. Teama că medicamentele prescrise ar putea masca simptomele unei boli mai severe de care pacienţii ar trebui să afle a fost descrisă de unele studii despre cancer şi HIV (Horne *et al.*, 2005).

e) Convingeri despre necesitatea tratamentului. O altă cauză a aderenţei nesatisfăcătore la tratament este percepţia că acesta nu este necesar în perioadele în care nu se manifestă simptome îngrijorătoare sau disruptive. Prin urmare, pacienţii preferă să îşi ia medicaţia numai pentru a trata simptomele episodice. Cel mai frecvent motiv invocat pentru uzul inconsistent de corticosteroizi inhalatori la bolnavii de astm a fost convingerea că tratamentul nu este necesar în perioadele lipsite de simptome (Chambers *et al.,* 1999). Într-un alt studiu, convingerea că administrarea medicamentelor nu e necesară când nivelul glucozei este normal a reprezentat un predictor al complianţei scăzute la tratamentul medicamentos la pacienţii cu diabet tip 2 (Mann *et al.,* 2009).

Aşadar, în bolile predominant asimptomatice, asocierea tratamentului cu experienţa eficacităţii poate deveni dificilă pentru pacient, necesitatea terapiei fiind pusă sub semnul întrebării în absenţa unei percepţii clare a beneficiilor.

Percepţia necesităţii şi percepţia eficacităţii reprezintă constructe diferite (Horne *et al.,* 2005). Un tratament poate fi considerat eficient, însă pacientul nu percepe nevoia personală pentru acesta. Implicit, o persoană ar putea considera că are o nevoie puternică de un tratament cu toate că îl consideră doar parţial eficient, datorită faptului că este singurul tratament disponibil.

(2) Percepţiile şi convingerile despre simptome

Aşteptările pacienţilor şi experimentarea simptomelor influenţează atât *percepţiile iniţiale* ale nevoii de medicaţie, precum şi *evaluările ulterioare* ale eficienţei tratamentului. Efectul pe care percepţia simptomatologiei îl are asupra convingerilor despre necesitatea medicaţiei este complex. Pe de o parte, simptomele stimulează aderenţa la medicaţie prin reîntărirea ideii de necesitate sau acţionând ca reamintiri. Pe de altă parte, absenţa unor simptome severe poate conduce la reprezentări eronate ale bolii prin perceperea ei ca fiind mai benignă decât este în realitate, astfel că necesitatea continuării tratamentului poate fi compromisă (Horne *et al.,* 2005).

a) Convingeri le despre boală. Pacienţii pot avea convingeri despre boală care derivă dintr-o varietate de surse (modele socioculturale ale bolii, influenţe din partea mediului social apropiat, experienţa personală directă cu boala) pe baza cărora îşi formează *modele explicative ale bolii.*

Modelul explicativ personal al bolii include acele convingeri şi atribuiri pe care persoana le-a construit referitor la natura, severitatea, etiologia, simptomele, tratamentul, evoluţia, prognosticul sau consecinţele acesteia. Cu toate că aceste aspecte pot intra în *disonanţă* cu dovezile medicale, împreună, ele formează o percepţie personală integrată şi coerentă a bolii, care va direcţiona strategiile şi acţiunile pe care pacienţii le consideră adecvate (Godoy-Izquierdo *et al.,* 2007). Pacienţii cu boli cronice pot dezvolta un *sentiment de competenţă* deoarece dobândesc în timp o cunoaştere aprofundată a propriei condiţii. Acest sentiment îi poate conduce la răstălmăcirea opiniilor medicale. Ei îşi analizează opţiunile, iar dacă recomandările primite intră în conflict cu propriile convingeri, poate apărea non-complianţa (Snelgrove, 2006).

Horne şi Weinman (2002) au condus un studiu pe tema impactului pe care îl au reprezentările bolii şi credinţele despre tratament asupra complianţei pacienţilor astmatici. Autorii au constatat că probabilitatea ca pacienţii să susţină nevoia personală de corticosteroizi inhalatori era mai mare dacă împărtăşeau punctul de vedere medical despre astm (ca fiind o boală cronică care se manifestă prin erupţii simptomatice acute sau atacuri cu posibile consecinţe serioase). Prin urmare, au acceptat faptul că astmul continuă să reprezinte o problemă chiar şi în absenţa simptomelor, astfel că justificarea pentru folosirea regulată a corticosteroizilor inhalatori a fost uşor de acceptat. În contrast faţă de aceştia, alţi pacienţi deţineau modele ale bolii strâns legate de experienţa simptomelor. Ei îşi luau tratamentul sporadic, numai ca răspuns la simptome, deoarece noţiunea de astm ca boală cronică era în contradicţie cu experienţa lor personală, pe baza căreia îşi defineau condiţia că fiind o problemă episodică.

Într-un studiu asupra pacienţilor diagnosticaţi cu diabet tip 2, Mann *et al.* (2009) constată următoarele: convingerile despre cronicitatea şi omniprezenţa bolii (spre exemplu, convingerea că o persoană are diabet doar atunci când nivelul glucozei este ridicat) au constituit predictori ai nerespectării tratamentului medicamentos. Tan (2004) a arătat că participanţii care considerau diabetul o boală severă şi care se simţeau susceptibili la complicaţii au avut tendinţa să practice mai multe strategii de prevenţie. Majoritatea participanţilor însă au fost de părere că tratamentul cu insulină e necesar doar atunci când boala este severă.

b) Identitatea de sine în relaţie cu boala şi cu tratamentul. În unele boli, cel mai notabil HIV/SIDA, tratamentul reprezintă o reamintire constantă a bolii şi este perceput ca un sabotor al eforturilor pacienţilor de a părea "normali" şi sănătoşi. De asemenea, percepţia că progresul bolii poate fi ţinut sub control prin apelul la resurse precum "puterea interioară" sau "o perspectivă optimistă" a reprezentat unul din motivele respingerii terapiei antiretrovirale, după cum au arătat interviurile cu peste 100 de bărbaţi HIV pozitivi (Cooper *et al.*,2002).

Identitatea de sine în raport cu starea de boală şi implicaţiile acesteia asupra comportamentului compliant au fost studiate şi la astmatici. Adams, Pill şi Jones (1997) au condus o cercetare calitativă în care participanţii, 30 de persoane diagnosticate cu astm, au fost distribuite în grupuri în funcţie de *gradul de acceptare* a bolii. Concluziile cercetării au evidenţiat că persoanele care îşi refuzau *identitatea de "astmatic"* încercau să îşi normalizeze pe cât posibil viaţa, deoarece doreau să evite apartenenţa la un grup pe care îl percepeau ca stigmatizat. Aceştia îşi interpretaseră boala în diverse maniere care să le permitea să se *disocieze* de identitatea socială de "astmatic" (spre exemplu, declarând că au "doar nişte mici probleme cu plămânii") şi îşi dezvoltaseră *strategii* pentru a-şi ascunde condiţia faţă de ceilalţi (spre exemplu, o parte dintre aceştia luau medicaţie "de salvare" înainte de a apărea vreo necesitate, în cazul în care ar fi manifestat simptome în locuri publice). Niciunul dintre ei nu îşi lua medicaţia profilactică, deoarece respectarea tratamentului ar fi fost sinonimă cu acceptarea diagnosticului.

(3) Convingerile compensatorii despre sănătate

Convingerile compensatorii despre sănătate (CCS: Compensatory Health Beliefs) reprezintă un construct relativ nou în psihologia sănătăţii, dar care oferă perspective promiţătoare pentru a explica aspecte precum *formarea intenţiei* şi *schimbarea comportamentală*. Primele dovezi ale constructului au fost aduse de Knäuper et al. (2004), care au construit o scală pentru a măsura CCS, au studiat relaţia dintre CCS şi anumite comportamente de risc precum fumatul şi consumul de alcool.

CCS reprezintă convingerile potrivit cărora *efectele negative* ale unui comportament nesănătos (dar plăcut) *pot fi compensate* sau neutralizate prin intermediul unui *comportament sănătos* (Rabiau *et al.*, 2006). Ele pot fi generate de:

- conflictul motivaţional dintre un *obiectiv* de sănătate şi o *dorinţă* imediată,
- disonanţa cognitivă rezultată datorită incompatibilităţii dintre o stare dezirabilă (a fi sănătos) şi o stare actuală (o tentaţie nesănătoasă). Această disonanţă generează o stare de presiune, a cărei rezolvare necesită procese de autoreglare pentru a anula starea aversivă de disonanţă (Tăuţ & Băban, 2008).

Modelul Convingerilor Compensatorii despre Sănătate propune existenţa a 3 strategii de autoreglare:

(1) încercarea de a rezista dorinţei - este utilizată atunci când tentaţia nu este suficient de puternică, iar autoeficacitatea individului de a o controla este ridicată;

(2) re-evaluarea gradului de risc a comportamentului nesănătos - comportamentul dorit nu poate fi suprimat. Prin urmare, persoana îşi raţionalizează comportamentul prin reducerea importanţei obiectivelor de sănătate planificate.

(3) activarea convingerilor compensatorii de sănătate.

În timp ce strategiile (1) şi (2) necesită autocontrol, a treia strategie este cea mai uşor de implementat, deoarece permite angajarea în comportamentul dorit fără a provoca sentimentul de disconfort (Radtke *et al.*, 2011).

Activarea CCS este un proces reglator motivat automat pentru a reduce disonanţa cognitivă, realizând justificarea obiceiului nesănătos prin planificarea unui comportament sănătos ulterior. În mod similar, un comportament nesănătos planificat pentru viitor este neutralizat cognitiv de un comportament sănătos din trecut al individului (Rabiau *et al.*, 2006).

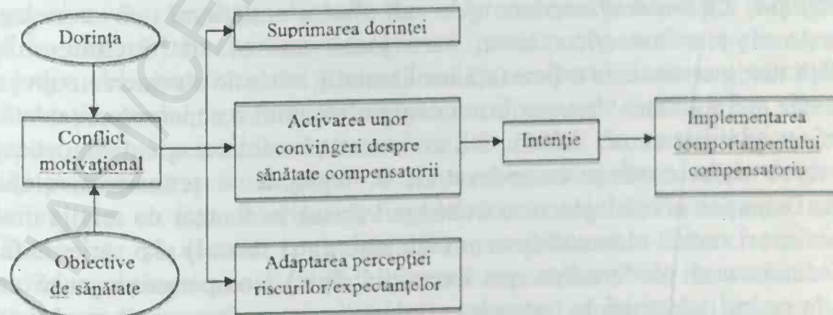


Figura 3. Modelul Convingerilor Compensatorii despre Sănătate (adaptat după Rabiau *et al.*, 2006).

Conform Rabiau *et al.*, (2006), convingerile compensatorii pot fi:
- corecte,
- parţial corecte,
- incorecte.

Clasificarea lor poate fi dificilă deoarece de multe ori comportamentele nesănătoase au mai multe efecte negative asupra sănătăţii, în timp ce comportamentul compensatoriu nu compensează decât o parte din efectele adverse. Un exemplu de compensare parţială poate fi riscul de a dezvolta cancer, care este elevat prin fumat, dar care poate fi potenţial redus, dar nu complet neutralizat, printr-o alimentaţie sănătoasă (Kuper *et al.*, 2002). De asemenea, nu este garantat că persoana va duce la bun sfârşit comportamentul compensatoriu planificat (Knäuper *et al.*, 2004), deoarece în timp se estompează sentimentul de disonanţă şi necesitatea de a compensa comportamentul nesănătos.

Aşadar, uzul de CCS este considerat dezadaptativ, deoarece interferează cu aderarea reuşită la schimbări ale comportamentului de sănătate precum renunţarea la alcool sau respectarea unei diete.

Relaţia CCS-CS. Knäuper *et al.* (2004) au constatat că CCS sunt relaţionate pozitiv cu comportamente de risc privind sănătatea precum consumul de alcool sau fumatul. Studii ulterioare au indicat de asemenea că CCS sunt asociate cu o realizare mai scăzută a obiectivelor de sănătate (Miquelon *et al.*, 2012).

Relaţia CCS-motivaţie. Stilul motivaţional al persoanei mediază relaţia dintre intenţiile de implementare a obiectivelor sanogene şi convingerile compensatorii. Într-o stare motivaţională crescută (de tipul motivaţiei autodeterminate), comparativ cu o stare non-motivaţională, aplicarea unei strategii de implementare are o şansă mai mare de reuşită în detrimentul realizării unui comportament compensatoriu (Tăuţ & Băban, 2008). *Motivaţia autonomă* reduce activarea convingerilor compensatorii. Indivizii care se angajează din motive autonome în comportamente de sănătate sunt mai capabili să opună rezistenţă dorinţelor contraproductive (Miquelon, Knäuper şi Vallerand, 2012). Distincţia dintre *motivaţia autonomă* şi *motivaţia controlată* a fost propusă de Deci şi Ryan (2000) pentru a diferenţia comportamentele performate datorită intereselor puternice sau convingerilor personale autoidentificate, de cele motivate de presiuni interpersonale sau intrapsihice.

Relaţia CCS-autoeficacitate. Un alt factor relaţionat cu convingerile compensatorii este *autoeficacitatea*, care joacă un rol atât în autoevaluarea capacităţii unei persoane de a face faţă unei tentaţii, cât şi în susţinerea convingerii că persoana are abilitatea de a performa comportamentul compensatoriu odată ce a fost activat (Rabiau *et al.*, 2006). S-a constatat că adolescenţii diagnosticaţi cu diabet tip 1 deţin credinţe compensatorii în legătură cu testarea nivelului de glucoză. Deoarece nivelul glucozei în sânge variază în funcţie de relaţia dintre o serie de factori care îl elevează (precum alimentaţia şi stresul) şi o serie de factori care îl diminuează (ca insulina sau exerciţiul fizic), compensarea joacă un rol crucial în cadrul aderenţei la tratament. Bolnavii pot crede, spre exemplu, că pot compensa nemonitorizarea nivelului de glucoză prin evitarea dulciurilor în alimentaţie sau că pot contrabalansa consumul de dulciuri prin injectarea

suplimentară de insulină. Aceste credințe au fost asociate cu comportamente precum: nerespectarea regularității testării nivelului de glucoză, slabul control metabolic. Cu cât adolescenții diagnosticați cu diabet aveau mai multe CCS eronate, cu atât mai puțin probabil era ca aceştia să își controleze nivelul glicemic, să își monitorizeze nivelul de zahăr din sânge şi să adere la regulile de dietă necesare. Astfel de credințe au efect comportamental mai intens comparativ cu alte constructe, precum nivelul cunoştinţelor despre diabet sau eficiența percepută a tratamentului (Rabiau *et al.*, 2009).

Nguyen *et al.*, (2006) susțin că starea de sănătate a pacienților diabetici poate fi influențată de credințele compensatorii în două circumstanțe:

(1) atunci când pacientul nu implementează comportamentul compensatoriu planificat în raport cu recomandările de tratament (spre exemplu, injectarea de insulină suplimentară);

(2) atunci când pacientul acționează pe baza unor credințe compensatorii aflate în contradicție cu recomandările tratamentului.

Radke şi Scholz (2012) au încercat să cerceteze impactul convingerilor compensatorii asupra autoeficacității, expectanței, conştientizării riscurilor, intenției, planificării şi comportamentulului (factori din *modelul HAPA: Health Action Process Approach*). Aplicând la un eşantion de 224 de adolescenți fumători o scală a convingerilor compensatorii specifice fumatului, autorii au constatat că CCS au avut o relație negativă semnificativă cu intenția de a renunța la fumat suplimentar față de efectul predictorilor specifici modelului HAPA. Cu toate acestea, o relație directă între convingerile compensatorii şi comportamentul de fumat nu a putut fi găsită.

Alte studii s-au focalizat pe rolul potențial al convingerilor compensatorii în domeniul nutriției. Într-un studiu de Tăuț şi Băban (2008), convingerile compensatorii au fost relaționate cu stilul de nutriție al pacienților diagnosticați cu boli coronariene. Astfel, activarea unor convingeri compensatorii se află în relație directă cu obiceiuri de alimentație mai puțin sănătoase precum consumul excesiv de sare, grăsimi şi zahăr.

Kronick & Knäuper (2010) au condus un experiment pilot pentru a studia dacă intențiile compensatorii pot fi generate în mod spontan după expunerea la o tentație. Participanții, 10 persoane care urmau un regim alimentar pentru a pierde din greutate, au fost împărțiți aleatoriu într-un grup expus la o tentație şi un grup de control. În scenariul de conflict motivațional, participanții au fost rugați să aleagă între o prăjitură bogată în calorii şi o prăjitură cu un aport caloric mai redus. Pentru a spori tentația, gradul de atractivitate al prăjiturii bogate în calorii a fost elevat atât prin aspect, cât şi prin informarea indivizilor despre comentariile pozitive ale celorlalți participanți privind gustul delicios al acesteia. În condiția de control, ambele prăjituri au fost descrise că fiind sărace în calorii. Participanții au avut posibilitatea să își descrie cognițiile atât prin răspunsuri libere, cât şi prin intermediul unui chestionar. Rezultatele au arătat pentru ambele forme de evaluare, că participanții din grupul experimental au produs mai multe intenții compensatorii ca reacție la situația tentantă decât cei din grupul de control. Miquelon *et al.*, (2012) au arătat că numărul ridicat de convingeri compensatorii referitoare la

nutriţie este relaţionat cu o aderenţă mai scăzută la regulile de dietă autoimpuse (evaluată la un interval de 2 luni de la măsurarea convingerilor compensatorii), ceea ce prezice eşecul de pierdere în greutate.

În concluzie, CCS joacă un rol important în autoreglarea ineficientă. Cercetarea CCS oferă premise interesante pentru a determina mecanismele prin care CCS sabotează obiectivele şi implementarea eficientă a comportamentelor sanogene, măsurile de prevenţie ce pot fi luate pentru a mări complianţa la tratament. Intervenţiile (campanii, programe de informare) ar putea fi utile pentru a spori conştientizarea şi discriminarea între compensările eronate şi cele corecte. Profesioniştii care asistă persoanele în atingerea scopurilor propuse, fie că este vorba de fumat, pierderea în greutate sau complianţa la tratament, trebuie să abordeze restructurarea acestor convingeri disfuncţionale sau dezadaptative şi să încurajeze dezvoltarea autoeficacităţii şi a motivaţiei autonome.

5. Schimbarea obiceiurilor şi adoptarea unui comportament sănătos

Comportamentele sănătoase tind să devină obişnuinţe când
(a) produc efecte percepute ca pozitive;
(b) sunt experimentate des şi temeinic;
(c) sunt incluse în rutinele altor persoane cu care individul interacţionează.

Astfel, cel mai eficient mod de a elimina un comportament cu efecte negative este acela de a-l înlocui cu unul sănătos sau cu un altul mai puţin nociv ce se poate produce în aceleaşi condiţii şi care necesită un efort similar sau mai redus, dar oferă totuşi rezultate comparabile.

Obiceiurile de sănătate sunt comportamente realizate în mod previzibil. Ele sunt analizate sub forma unor sisteme organizate, având secvenţe de acţiuni, elemente foarte rutiniere, ce conduc la un rezultat predictibil. De exemplu, obiceiurile legate de regimul alimentar implică practicarea unor rutine, fiecare constând în secvenţe de comportamente, precum realizarea cumpărăturilor, planificarea şi prepararea meselor, servirea meselor în anumite locuri şi cu anumite persoane. Fiecare rutină/secvenţă de comportament este întărită de consecinţele pe care le produce (feedback funcţional), iar aceste consecinţe pregătesc următoarele secvenţe de comportament. De exemplu, acţiunea de a face cumpărături după ieşirea de la locul de muncă este întărită de *satisfacţia* procurării alimentelor necesare; prepararea şi luarea mesei poate fi întărită de *bucuria legată de compania altor persoane* (prieteni sau membrii familiei). Eforturile de a modifica dieta sau de a stăpâni mâncatul excesiv pot avea succes când apar întăritori (noi acţiuni şi noi urmări) ai comportamentului sănătos, contribuind la înlocuirea obişnuinţelor nesănătoase de alimentaţie.

Modificarea obiceiurilor şi adoptarea unor comportamente sănătoase presupune:

1. analiza comportamentelor nocive în termenii unui *sistem de componente acţionale* (poziţii, acţiuni, consecinţe);
2. identificarea unui obicei alternativ,
3. luarea unei decizii informate,

4. împărtăşirea deciziei luate (duce la îmbunătăţirea satisfacţiei pacientului şi a rezultatelor legate de sănătate),

3. încurajarea adoptării noilor componente (Rimer *et al.*, 2004).

De exemplu, pentru cei care doresc să îşi reducă greutatea corporală prin limitarea consumului de gustări hipercalorice, o modalitate de adoptare a comportamentului sănătos presupune: analiza locului, momentului, modului şi motivului pentru care servesc aceste gustări. Ulterior, este necesară identificarea unor gustări hipo-calorice, care pot fi consumate în aceleaşi situaţii, în modalităţi asemănătoare şi cu grade comparabile de plăcere.

Provocarea cea mai mare în adoptarea comportamentelor sănătoase vizează siguranţa experimentării consecinţelor dorite, imediat şi des, la momentul şi locul în care CS sunt realizate. Eşecul de a experimenta un beneficiu dorit, la scurt timp după efectuarea unui comportament sănătos, reduce posibilitatea ca acesta să devină o obişnuinţă.

În cazul în care comportamentul se schimbă, dar starea de sănătate nu se modifică substanţial, trebuie examinate alte variabile (legătura dintre comportament şi statusul sănătăţii, tehnicile de măsurare). Astfel, intervenţiile psihocomportamentale sunt completate cu *intervenţii legate de mediu*. Acestea pot schimba impactul determinanţilor sociali şi pot îmbunătăţi sănătatea individului prin modificarea comportamentului (Story *et al.*, 2008). Toate eforturile de a modifica mediul înconjurător ar trebui să fie evaluate după consecinţele avute asupra CS. Dacă schimbările de mediu nu conduc la modificări măsurabile ale comportamentului, se presupune că au putere slabă, sunt doar determinaţi cu acţiune limitată, nu acţionează de timp suficient.

Pentru adoptarea unui comportament sănătos un individ are nevoie de:

1. convingere puternică a faptului că schimbarea este benefică,
2. creşterea *automotivaţiei*,
3. dezvoltarea unor competenţe personale, autoeficacitate - se consideră capabil să treacă prin toate acţiunile necesare şi vede schimbarea obiceiului compatibilă cu proiecte personale importante,
4. suport social (Ewart, 2003).

1. Motivaţia pentru schimbarea obiceiurilor alimentare provine, în mare parte, de la convingerea că o alimentaţie diferită va îmbunătăţi sănătatea şi aspectul fizic, iar astfel de rezultate sunt cele dezirabile. Aceste expectaţii pot fi sporite prin intermediul tehnicilor de expunere şi modelare socială. Modelarea socială se realizează prin oferirea unor exemple cu indivizi similari persoanei în cauză, dar care fie se bucură de beneficiile unui comportament sănătos, fie suferă de consecinţele nocive ale celor nesănătoase. În schimb, expunerea directă antrenează experienţa individuală ca rezultat direct (de exemplu, atunci când li se oferă copiilor gustări alcătuite din fructe delicioase pentru a le încuraja comportamentul sănătos).

2. Un alt factor motivaţional este corespondenţa dintre scopurile şi dorinţele personale cu aspectele specifice vârstei. Indivizii pot considera comportamentul sănătos ca fiind dezirabil şi fezabil, dacă acesta este congruent cu etapele de viaţă (dobândirea independenţei, stabilirea unor relaţii de tip suportiv, îngrijirea unui

copil, menţinerea unui anumit stil de viaţă, confruntarea cu modificările specifice bătrâneţii). Barierele în adoptarea comportamentelor sănătoase pot fi diminuate dacă indivizii învaţă să îşi organizeze priorităţile şi proiectele personale. Acest lucru se poate realiza prin identificarea principalelor activităţi potenţial conflictuale şi a celor care pot produce efecte suportive mutuale.

3. Chiar şi indivizii care sunt puternic motivaţi pot eşua în formarea deprinderilor sănătoase dacă nu abordează corect acest scop. Imboldurile motivaţionale nu generează de obicei schimbări comportamentale de lungă durată deoarece oamenii nu se gândesc suficient la lucrurile prin care trebuie să treacă pentru ceea ce îşi doresc (să anticipeze dificultăţile, să genereze posibile soluţii, să creeze planuri, să stabilească ţinte ce pot fi atinse). În plus, pe lângă motivaţie, adoptarea comportamentelor sănătoase necesită o dezvoltarea autoeficacităţii: planificare amănunţită, mecanisme de rezolvare de probleme, indivizii trebuie să înveţe să gândească creativ şi să abordeze lucrurile cu flexibilitate. Aceste sarcini necesită acţiunea a două tipuri de competenţe sociale:

(a) individul trebuie să ştie ce trebuie să facă şi de ce,

(b) competenţele practice de acţiune sau abilităţile specifice care pot produce efectele dorite.

4. Relaţiile interpersonale au un rol major în adoptarea comportamentelor sănătoase. Reacţiile prietenilor sau membrilor familiei pot îngreuna stabilirea unor patternuri de protejare a sănătăţii. Nivelul de conexiune dintre acţiunile a doi indivizi sau măsura în care rutinele lor sunt interconectate determină menţinerea rutinelor timp îndelungat sau amplitudinea modificărilor comportamentale.

Bibliografie

Abraham, C., & Michie, S. (2008). A taxonomy of behavior change techniques used in interventions. *Health Psychology, 27*, 379–387.

Abraham, C., & Sheeran, P. (2005). The health belief model. In M. Conner & P. Norman (Eds.). *Predicting Health Behaviour: Research and Practice with Social Cognition Models, 2nd Ed.* (pp. 28–80). Maidenhead: Open University Press.

Adams, S., Pill, R., & Jones, A. (1997). Medication, chronic illness and identity: the perspective of people with asthma. *Social Science & Medicine, 45(2),* 189-201.

American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed., text rev.). Washington, DC: Author.

Arcia, E., Skinner, M., Bailey, D., & Correa, V. (2001). Models of acculturation and health behaviors among Latino immigrants to the U.S. *Social Science & Medicine, 53*, 41-53.

Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavior change. *Psychological Bulletin, 84,*191-215.

Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory.*Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.

Bandura, A. (1990). Perceived Self-Efficacy in the Exercise of Control Over AIDS Infection. *Evaluation and Program Planning, 13*, 9-17.

Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control.* New York: W. H. Freeman.

Boechner, L. S., Kohn, H., & Kay Rockwell, S. (1990). A Risk-Reduction Nutrition Course for Adults. *Journal of The American Dietic Association,* 90 (February), 260-263.

Bolman, C., Arwert, T. G., & Völlink, T. (2011). Adherence to prophylactic asthma medication: Habit strength and cognitions. *Heart & Lung: The Journal of Acute and Critical Care, 40(1)*, 63-75.

Brown, K., Bell, M.H., Maynard, C., Richardson, W., Wagner, G.S. (1999). Attribution of responsability for injury and long-term outcome of patients with paralytic spinal cord trauma. Spinal Cord (37), pp. 653-657.

Brownlee, S., Leventhal, H. & Leventhal, E.A. (2000). Regulation, self-regulation, and construction of the self in the maintenance of physical health. In M. Boekaerts, P.R. Pintrich & M. Zeidner (Eds), *Handbook of Self-regulation* (pp. 369–416). San Diego, CA: Academic Press.

Bryan, A., Schindeldecker, M. S., & Aiken, L.S. (2001). Sexual self-control and male condom-use outcome beliefs: Predicting heterosexual men's condom use intentions and behaviours. *Journal of Applied Social Psychology, 31*, 1911–1939.

Carr, A. J., Thompson, P. W., & Cooper, C. (2006). Factors associated with adherence and persistence to bisphosphonate therapy in osteoporosis: a cross-sectional survey. *Osteoporosis International, 17(11)*, 1638-1644.

Carroll, A., Houghton, S., Wood, R., Unsworth, K., Hattie, J., Gordon, L. & Bower, J. (2008). Self-efficacy and academic achievement in Australian high school students: The mediating effects of academic aspirations and delinquency. *Journal of Adolescence, November 21.*

Carver, C. S. (2003). Pleasure as a sign that you can attend to something else: Placing positive feelings within a general model of affect. *Cognition and Emotion, 17*, 241–261.

Carver, C. S., Pozo, C., Harris, S. D., Noriega, V., Scheier, M. F., Robinson, D. S., Ketcham, A. S., Moffat, F. L. Jr., & Clark, K. C. (1993). How coping mediates the effects of optimism on distress: A study of women with early stage breast cancer. *Journal of Personality and Social Psychology, 65*,375–390.

Celsi, R. L., and Olson, C. J. (1988).The Role of Involvementin Attention and Comprehension Processes. *Journal of Consumer Research 15* (September): 210-224.

Chambers, C. V., Markson, L., Diamond, J. J., Lasch, L., & Berger, M. (1999). Health beliefs and compliance with inhaled corticosteroids by ashmatic patients in primare care practices. *Respiratory Medicine, 93*, 88-94.

Chen, X., Unger, J. B., & Johnson, C. A. (1999). Is acculturationa risk factor for early smoking initiation among Chinese American minors? A comparative perspective. *Tobacco Control, 8*, 402-410.

Coates, T.J., Stall, R. D., Catania, J. A., & Kegeles, S. M. (1988). Behavioral Factors in the Spread of HIV Infection. *AIDS, 2 (Suppl. 1)*, 239-246.

Cole, G. E., Holtgrave, D. R., & Rios, N. M. (2008). *Internal and external factors that encourages or discourages health-relevant behaviour*. Retrieved on October 3, 2013, from URL:
http:www.cdc.gov/DHDSP/cdcynergy_training/Content/activeinformation/resources/Health_Behavior_F.pdf.

Darrow, W. W., & Siegel, K. (1989). Preventive Health Behavior and STD. In: Holmes KK (ed.) *Sexually Transmitted Diseases* (pp. 85-92). New York: McGraw-Hill.

Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2000). The "What" and "Why" of Goal Pursuits: Human Needs and the Self-Determination of Behavior. *Psychological Inquiry, 11(4)*, 227-268.

DiIorio, C., Dudley, W. N., Kelly, M., Soet, J. E., Mbwara, J., & Potter, J.S. (2001). Social cognitive correlates of sexual experience and condom use among 13- through 15-year-old adolescents. *Journal of Adolescent Health, 29*, 208 – 216.

DiMatteo, M. R. (1995). Patient adherence to pharmacotherapy: the importance of effective communication. *Formulary, 30(10)*, 596-598, 601-602, 605.

Donovan, J. L., & Blake, D. R. (1992). Patient non-compliance: Deviance or reasoned decision-making?. *Social Sciences & Medicine, 34(5)*, 507-513.

Egbert, N., & Parrott, R. (2001). Self-efficacy and rural women's performance of breast and cervical cancer detection practices. *Journal of health communication, 6 (3)*, 219-233.

Ewart, C. K. (1991). Social Action Theory for a Public Health Psychology. *American Psychologist, 46*, 931-946.

Ewart, C. K. (2003). How integrative theory building can improve health promotion and disease prevention. In R. G. Frank, J. Wallander, & A. Baum (Eds.), *Models and perspectives in health psychology*. Washington, DC: American Psychological Association.

Finch, B., Kolody, B., & Vega, W. (2000). Perceived discrimination and depression among Mexican-origin adults in California. *Journal of Health & Social Behavior, 41*, 295-313.

Franzini, L., Ribble, J. C., & Keddie, A. M. (2001). Understanding the Hispanic paradox. *Ethnicity & Disease, 11*, 496-518.

Gill, A., & Williams, A. C. (2001). Preliminary study of chronic pain patients' concerns about cannabinoids as analgesics. *Clinical Journal of Pain, 17(3)*, 245-248.

Glanz, K., & Rimer, B. K. (1995). *Theory at a Glance: A Guide to Health Promotion Practice*. Bethesda MD: National Cancer Institute.

Gochman, D. S. (1997). Health Behavior Research: Definitions and Diversity. In D. S. Gochman (Ed.), *Handbook of Health Behavior Research, Vol. I. Personal and Social Determinants*. New York: Plenum Press.

Harris, K. M. (1999). The health status and risk behaviors of adolescents in immigrant families. In D. J. Hernandez (Ed.), *Children of immigrants: Health, adjustment and public assistance* (pp. 286-315). Washington, DC: National Academy Press.

Helman, C. G. (2001). *Culture, health and illness*. London: Arnold.

Horne, R., & Weinman, J. (2002). Self-regulation and self-management in asthma: Exploring the role of illness perceptions and treatment beliefs in explaining non-adherence to prevente medication. *Psychology and Health, 17(1),* 17-32.
Horne, R., Weinman, J., Barber, N., Elliott, R., Morgan, M., Cribb, A., & Keller, I. (2005). *Concordance, adherence and compliance in medicine taking.* London: National Co- ordinating Centre for NHS Service Delivery and Organisation R&D (NCCSDO).
Hunt, L. M. (1999). *The concept of acculturation in health research: Assumptions about rationality and progress.* East Lansing: Julian Samora Research Institute, Michigan State University.
Jin, J., Sklar, G. E., Oh, M. S. V., & Li, S. C. (2008). Factors affecting therapeutic compliance: A review from the patient's perspective. *Therapeutics and Clinical Risk Management, 4(1),* 269-286.
Johnson, D. W., and Johnson, R. T.(1985). Nutrition Education: A Model for Effectiveness, A Synthesis of Research. *Journal of Nutrition Education 17* (June): S1-S44.
Kahan, D., Polivy, J. & Herman, P. C. (2003). Conformity and dietary disinhibition: A test of the egostrength model of self-regulation. *International Journal of Eating Disorders, 33,* 165–171.
Kasl, S. V., & Cobb, S. (1966). Health Behavior, Illness Behavior, and Sick-Role Behavior: I. Health and Illness Behavior. *Archives of Environmental Health, (12),* 246–266.
Knäuper, B., Rabiau, M., Cohen, O., & Patriciu, N. (2004). Compensatory health beliefs scale development and psychometric properties. *Psychology and Health, 19,* 607 -624.
Kraft, F. B., & Goodell, W. (1993). Identifying the Health Conscious Consumer. *Journal of Health Care Marketing, Fall,* 18-25.
Kronick, I., & Knäuper, B. (2010). Temptations elicit compensatory intentions. *Appetite, 54,* 398-401.
Kuhl, J., Kazén, M., Koole, S.L. (2006). "Putting Self-Regulation Theory into Practice: A User's Manual". *Applied Psychology: An International Review,* 55 (3), 408-418.
Kuper, H., Adami, H.-O., & Boffetta, P. (2002). Tobacco use, cancer causation and public health impact. *Journal of Internal Medicine, 251,* 455-466.
Lawton, R., Conner, M., & McEachan, R. (2009). Desire or reason: predicting health behaviors from affective and cognitive attitudes. *Health Psychol, 28,* 56–65.
Lawton, R., Conner, M., & Parker, D. (2007). Beyond cognition: predicting health risk behaviors from instrumental and affective beliefs. *Health Psychol, 26,* 259–267.
Leventhal, H., Brissette, I. & Leventhal, E. (2003).The common-sense model of self-regulation of health and illness. In L. D. Cameron & H. Leventhal (Eds), *The Self-regulation of Health and Illness Behavior* (pp. 42–65). London: Routledge.
Maibach, E., & Murphy, D.A. (1995). Self-efficacy in health promotion research and practice: Conceptualization and measurement. *Health Education Research, 10,* 37-50.
Mann, D. M., Ponieman, D., Leventhal, H., & Halm, E. A. (2009). Predictors of Adherence to Diabetes Medications: The Role of Disease and Medication Beliefs. *Journal of Behavioral Medicine, 32(3),* 278-284.
McDade, T.W., Chyu, L., Duncan, G.J., Hoyt, L.T., Doane, L.D., Adam, E.K. (2011). Adolescents' expectations for the future predict health behaviors in early adulthood. *Soc Sci Med.* 73(3):391-8.
Miller, G. A. Galanter, E. & Pribam, K. H. (1960). *Plans and the Structure of Behavior.* New York: Holt, Rinehart & Winston.
Milne, S., Orbell, S. & Sheeran, P. (2002). Combining motivational and volitional interventions to promote exercise participation: Protection motivation theory and implementation intentions. *British Journal of Health Psychology, 7,* 163–184.
Mischel, W., Shoda, Y. (1998). "Reconciling processing dynamics and personality dispositions". *Annual Review of Psychology,* 49, 229-258.
Miquelon, P., Knäuper, B., & Vallerand, R. J. (2012). Motivation and goal attainment. The role of compensatory beliefs. *Appetite, 58(2),* 608-615.
Moorman, C., & Matulich, E. (1993). A Model of Consumers Preventive Health Behaviors: The Role of Health Motivation and Health Ability. *Journal of Consumer Research 20 (September):* 208-228.
Muraven, M., Collins, R. L. & Nienhaus, K. (2002). Self-control and alcohol restraint: An initial application of the self-control strength model. *Psychology of Addictive Behaviors, 16,* 113–120.
Nguyen, T;-K., Knäuper, B., & Rabiau, M. (2006).The role of compensatory beliefs and self-efficacy on treatment adherence in adolescents with type 1 diabetes. *McGill Science Undergrad Research Journal, 1,* 7-10.
Norman, P., Boer, H., & Seydel, E. R. (2005). Protection motivation theory. In M. Conner & P. Norman (Eds.), *Predicting Health Behaviour:Research and Practice with Social Cognition Models,2nd Ed* (pp. 81–126). Maidenhead: Open UniversityPress.
North, N.T. (1999). The psychological effects of spinal cord injury: a review. Spinal Cord, 37, pp. 671-679.
O'Keeffe, M. K., Nesselhof-Kendall, S., & Baum, A. (1990). Behavior and Prevention of AIDS: Bases of Research and Intervention. *Personality and Social Psychology Bulletin, 16,* 166 180.
Parkerson, G., et al. (1993). "Disease-Specific Versus Generic Measurement of Health-Related Quality of Life in Insulin Dependent Diabetic Patients." *Medical Care,31,* 629–637.

Patel, M. X., & David, A. S. (2007). Medication adherence: predictive factors and enhancement strategies. *Psychiatry, 6(9)*, 357-361.

Perez, M.,V. Z., Pettit, J. W., & Joiner, T. E., Jr. (2002). The role of acculturative stress and body dissatisfaction inpredicting bulimic symptomatology across ethnic groups. *International Journal of Eating Disorders, 31(4)*, 442-454.

Perez-Stable, E. J., Ramirez, A., Villareal, R., Talavera, G. A., Trapido, E., Suarez, L., Marti, J., & McAlister, A.(2001). Cigarette smoking behavior among U.S. Latinomen and women from different countries of origin. *American Journal of Public Health, 91*, 1424-1430.

Polivy, J. & Herman, C. P. (2002). If at first you don't succeed. False hopes of self-change. *American Psychologist, 57*, 677–689.

Portes, A., & Rumbaut, R. G. (2000). *Not everyone is chosen: Segmented assimilation and its determinants.* Center for Migration and Development Working Paper Series. Princeton, NJ: Center for Migration and Development, Princeton University.

Powers, T. A., Koestner, R. & Topciu, R. A. (2005). Implementation intentions, perfectionism, and goal progress: Perhaps the road to hell is paved with good intentions. *Personality and Social Psychological Bulletin, 31*, 902–912.

Prislin, R., Suarez, L., Simpson, D. M., & Dyer, J. M. (1998). When acculturation hurts: The case of immunization. *Social Science & Medicine, 47*, 1947-1956.

Rabiau, M., Knäuper, B., & Miquelon, P. (2006). The eternal quest for optimal balance between maximizing pleasure and minimizing harm: The Compensatory Health Beliefs model. *British Journal of Health Psychology, 11*, 139-153.

Rabiau, M., Knäuper, B., Nguyen, T.-K., Sufrategui, M., & Polychronakos, C. (2009). Compensatory beliefs about glucose testing are associated with low adherence to treatment and poor metabolic control in adolescents with type 1 diabetes. *Health Education Research, 24*, 890-896.

Radtke, T., Scholz, U., Keller, R., Knäuper, B., & Hornung, R. (2011). Smoking-specific Compensatory Health Beliefs and the readiness to stop smoking in adolescents. *British Journal of Health Psychology, 16*, 610-625.

Radtke, T., & Scholz, U. (2012). "Enjoy a delicious cake today and eat healthily tomorrow": Compensatory Health Beliefs and their impact on health. *The European Health Psychologist, 14*, 37 – 40.

Rimer, B. K., and others. (2004). "Informed Decision Making: What is Its Role in Cancer Screening?" *Cancer, 101(5 Suppl)*, 1214–1228.

Reidy, K., Caplan, B. (1994). Causal factors in spinal cord injury: patients' evolving perceptions and association with depression. Arch Phys Med Rehabil (75), pp. 837-842.

Rosenstock, I. M., Strecher, V. J., & Becker, M. J. (1988). Social Learning Theory and the Health Belief Model. *Health Education Quarterly, 15(2)*, 175-183.

Rothman, A. J., Baldwin, A. S. & Hertel, A. W. (2004). Self-regulation and behavior change. In R. F. Baumeister & K. D. Vohs (Eds.), *Handbook of Self-regulation. Research, Theory, and Applications* (pp. 130–148). New York: Guilford.

Rumbaut, R. G. (1996). The crucible within: Ethnic identity, self-esteem and segmented assimilation among children of immigrants. In A. Portes (Ed.), *The new second generation* (pp. 8-29). New York: Russell Sage Foundation.

Sabaté, E. (2003). *Adherence to long-term therapies: evidence for action*. Geneva: World Health Organization;

Sayette, M.A. (2004). Self-regulatory failure and addiction. In R. F. Baumeister & K. D. Vohs (Eds.), *Handbook of Self-regulation. Research, Theory, and Applications* (pp. 447–465). New York: Guilford.

Schwarzer, R., & Jerusalem, M. (1995). Optimistic self-beliefs as a resource factor in coping with stress. In: S. E. Hobfoll, & M. W. Devries (Eds.), *Extreme stress and communities: Impact and intervention. NATO ASI series* (pp. 159 – 177). Norwell: Kluwer Academic Publishers.

Scribner, R., & Dwyer, J. H. (1989). Acculturation and low birthweight among Latinos in the Hispanic HANES. *American Journal of Public Health, 79*, 1263-1267.

Shankar, S., Gutierrez-Mohamed, M. L., & Alberg, A. J. (2000). Cigarette smoking among immigrant Salvadoreans in Washington, DC: Behaviors, attitudes, and beliefs. *Addictive Behaviors, 25*, 275-281.

Sheeran, P., Milne, S. E., Webb, T. L. & Gollwitzer, P. M. (2005). Implementation intentions. In M. Conner & P. Norman (Eds), *Predicting Health Behaviour* (pp. 276–323). Maidenhead, UK: Open University Press.

Sheeran, P., & Orbell, S. (2000). Using implementation intentions to increase attendance for cervical cancer screening. *Health Psychology, 19*, 283–289.

Snelgrove, S. (2006). Factors contributing to poor concordance in health care. *Nursing Times. 102 (2)*, 28-30.

Steadman, L. & Quine, L. (2004). Encouraging young males to perform testicular self-examination: A simple, but effective, implementation intentions intervention. *British Journal of Health Psychology, 9*, 479–487.

Stokols, D. (1992). Establishing and Maintaining Healthy Environments: Toward a Social Ecology of Health Promotion. *American Psychologist*, 47, 6- 22.

Story, M., Kaphingst, K., Robinson-O'Brien, R., & Glanz, K. (2008). "Creating Healthy Food and Eating Environments: Policy and Environmental Approaches." *Annual Review of Public Health,29,* 253–272.

Stromberg, A. (2006). Patient-related factors of compliance in heart failure: some new insights into an old problem. *European Heart Journal, 27,* 379-381.

Sugerman, D. (2005). I am More Than My Cancer: An Exploratory Examination of Adventure Programming and Cancer Survivors. *Journal of Experiential Education,* 28(1), 72-83.

Tan, M. Y. (2004). The relationship of health beliefs and complication prevention behaviors of Chinese individuals with Type 2 Diabetes Mellitus. *Diabetes Research and Clinical Practice, 66(1),* 71-77.

Tăuţ, D., & Băban, A. (2008). Examination of the relationship between self-regulation strategies and healthy eating patterns in coronary heart disease patients. The relevance of Compensatory Health Beliefs. *Cognition, Brain & Behavior, 12,* 219-231.

Tice, D. M., Bratslavsky, E. & Baumeister, R. F. (2001). Emotional distress regulation takes precedence over impulse control: If you feel bad, do it! *Journal of Personality and Social Psychology, 80,* 53–67.

van der Wal, M. H. L., Jaarsma, T., Moser, D. K., Veeger, N. J. G. M., van Gilst, W. H., & van Veldhuisen, D. J. (2005). Compliance in heart failure patients: the importance of knowledge and beliefs. *European Heart Journal, 27 (4),* 434-440.

Vaughn, L. M., Jacquez, F., & Baker, R. C. (2009). Cultural Health Attributions, Beliefs, and Practices: Effects on Healthcare and Medical Education. *The Open Medical Education Journal, 2,* 64-74.

Vohs, K. D., & Heatherton, T. F. (2000). Self-regulatory failure: A resource-depletion approach. *Psychological Science, 11,* 249–254.

Wiecha, J. M., Lee, V., & Hodgkins, J. (1998). Patterns of smoking, risk factors for smoking, and smoking cessation among Vietnamese men in Massachusetts (UnitedStates). *Tobacco Control, 7,* 27-34.

Williams, D. R.,Yu,Y., Jackson, J., & Anderson, N. (1997). Racial differences in physical and mental health: Socioeconomic status, stress, and discrimination. *Journal of Health Psychology, 2,* 335-351.

PERCEPȚIA RISCULUI ASUPRA SĂNĂTĂȚII ȘI COMPORTAMENTUL PREVENTIV

Eugen Avram & Şerban A. Zanfirescu

1. Cadre

Oamenii adoptă comportamente precaute în raport cu sănătatea cu scopul de a reduce riscul de îmbolnăvire sau de agravare. Neasumarea comportamentului preventiv este consecința perceperii incorecte a riscului sau este rezultatul unor atitudini negative față de protecția personală (Weinstein, Rothman, & Nicolich, 1998).

Cercetările în domeniu au relevat faptul că relația dintre perceperea riscului şi comportamentul preventiv presupune o serie de mecanisme psihologice care explică modalitatea prin care perceperea riscului motivează schimbările comportamentale (Weinstein, Rothman, & Nicolich, 1998). Este util a examina factorii care influențează mecanismele cognitive în perceperea riscului (Weinstein, Rothman, & Nicolich, 1998).

S-a relevat rolul *credințelor despre eficiență* (Bandura, 1986) asupra comportamentului preventiv. Conform teoriei sociale cognitive (Bandura, 1986), credințele eficiente sunt derivate din patru surse: performanța din trecut (succesul anterior), persuasiunea verbală (abilitatea proprie de influența comportamentul altora), energia afectivă (afectele pozitive asociate cu succes) şi învățarea prin observare. Cercetările arată că la femeile cu risc de cancer de sân, credințele despre autoeficacitate se traduc comportamental prin: a) siguranța că pot face auto-examinarea la sân în fiecare lună; b) capacitatea de a identifica corect un pericol cu ocazia acestor autoexaminări. Autoeficacitatea constă în următoarele abilități: măsura în care femeile cred că efectuarea auto-examinării sânului este o modalitate eficientă de *a detecta* cancerul la sân în fază incipientă (a şti cum se face examinarea, a şti cum se identifică pericolul) şi convingerile că auto-examinarea la sân poate *preveni* apariția cancerului. Pasul următor al eficienței este competența de a stabili momentul în care un simptom (sau nodul la sân) „are nevoie de atenție medicală" (Cohen, 2002).

Receptivitatea pentru informații. Conform lui Rimal şi Real (2003) şi Turner et al. (2006), căutarea informației contribuie (în asociere cu alți factori) la adoptarea unor comportamente preventive. Acest comportament se poate manifesta prin atitudini active (consultarea surselor de informații) sau atitudini pasive (ascultarea relatărilor, emisiunilor cu povestiri ale pacientelor sau ale medicilor).

Motivația şi implicarea se referă la imboldul de a face ceva (în plan diagnostic sau terapeutic) pentru a evita apariția sau agravarea unei boli. De exemplu, pentru cazuistica femeilor cu risc de cancer de sân implicarea presupune participare la acțiunile de diagnostic: examinare clinică, mamografie, auto-

examinarea sânilor cu o anumită frecvenţă (lunar sau mai mult de o dată pe lună, mai mult de o dată pe an, anual, sau, uneori, niciodată).

Alte *variabile* includ: anxietatea (Cohen, 2002), fatalismul (Mohamed et al., 2005), cunoştinţele (Danigelis, Roberson, & Worden, 1995); auto-evaluarea stării de sănătate generale (Achat, Close, & Taylor, 2005), stilul de coping, diverse variabile sociodemografice, clinice (istoricul cancerului în cadrul familiei) ş.a. (Lerman et al., 1994).

2. Modele ale percepţiei riscului şi adoptării comportamentului preventiv

Vom prezenta câteva mecanisme ale percepţiei riscului, emoţionalităţii/ îngrijorării şi atitudinii în raport cu riscul şi sănătatea.

2.1. Modele cognitive

2.1.1. Modelul Procesărilor Euristice-Sistematice

Perspectiva cognitivă a fost implementată în psihologia socială (cercetarea cogniţiei sociale) pentru a explica cum înţeleg şi interpretează (implementează) oamenii sensurile informaţiilor primite din mediul în care trăiesc.

Modelul Euristic-Sistematic (MES/ the Heuristic-Systematic Model/ HSM) (Chaiken, Liberman, & Eagly, 1989) a fost recent aplicat în cadrul cercetărilor percepţiei riscului şi s-a dovedit a fi o paradigmă valoroasă de cercetare pentru a înţelege ulterior cum răspund oamenii la diverse riscuri. Modelul MES sugerează că informaţia poate fi procesată în mai multe moduri: (1) euristic, (2) sistematic sau (3) prin combinarea acestor două modalităţi.

(1) *Procesarea euristică*: este experienţială sau intuitivă (Moskowitz, Skurnik, & Galinsky, 1999). Se referă la concentrarea asupra unui subansamblu de informaţii disponibile ce permite individului să folosească reguli inferenţiale simple, schematice sau euristici cognitive pentru a formula propriile decizii sau judecăţi (Chaiken, Liberman, & Eagly, 1989).

(2) *Procesarea sistematică*: este continuă, analitică, raţională. Este definită drept "o orientare analitică, comprehensivă, în care cei care percep accesează şi examinează toată informaţia primită pentru a găsi importanţa şi relevanţa necesară în vederea integrării tuturor informaţiilor importante în formarea unor judecăţi specifice situaţiilor" (Chaiken, Liberman, & Eagly, 1989). Când procesează informaţia în mod sistematic, indivizii depun astfel un efort pentru a o înţelege şi pentru a determina în ce mod aceasta are legătură cu luarea unei decizii (ex. percepţia riscului) (*ibidem.*).

2.1.2. Modelul atenţional

Studiile au relevat importanţa atenţiei acordate preluării şi interpretării informaţiei cu privire la expunerea faţă de risc. În funcţie de comportamentul

atențional există trei atitudini de angajament/ poziții de-a lungul unui continuum. La o extremă se află comportamentul de căutare a informațiilor, la cealaltă extremă comportamentul de expunere și preluare a informațiilor, între aceste extreme se amplasează varianta de comportament atențional influențat de dorința de căutare a informațiilor (atitudinea activă) și de situația de a fi expus la informațiile despre risc (atitudinea pasivă) (Griffin, Dunwoody, & Neuwirth, 1999).

Cei care obțin informații relevante prin căutarea informațiilor acordă mai multă atenție decât cei care sunt expuși la informație într-un mod accidental. Nevoia de informații despre cancer este demonstrată prin utilizarea pe scară largă a National Cancer Institute's Cancer Information System (CIS). Un studiu efectuat în rândul femeilor cu cancer de sân în stadiu incipient a arătat că pacientele care au căutat informații despre boala lor (mai degrabă decât concentrându-se pe simptomele lor) au experimentat o mai amplă îmbunătățire fizică în evaluarea calității vieții (Ransom et al., 2005).

2.2. Modele cognitiv-afective

2.2.1. Modelul extins de procesare paralelă (*The Extended Parallel Process Model/ EPPM*) (Witte, 1994) (derivat din modelul *Danger control-Fear control Framework*, Levental 1970, *apud. ibid.*) se referă la felul în care indivizii reacționează când au stare de frică în confruntarea cu anumiți stimuli. Pentru a avea succes, campaniile de promovare a comportamentului preventiv ar trebui să inducă un nivel moder-crescut de frică, un nivel mai crescut de autoeficacitate și eficacitate a reacției. Există patru factori care prezic rezultatele campaniei care stimulează frica:

1. *Autoeficacitatea*: percepția că persoana poate îndeplini sarcinile necesare pentru a controla factorii de risc;
2. *Eficacitatea răspunsului*: percepția că acțiunea realizată pentru a controla riscul va avea succes;
3. *Susceptibilitatea*: percepția probabilității ca factorul agresiv să aibă impact, să afecteze persoana;
4. *Severitatea*: magnitudinea impactului perceput asupra persoanei.

Modelul sugerează trei rezultate posibile ale campaniilor de stimulare a fricii:

A) *Controlul pericolului*: individul percepe că susceptibilitatea și severitatea sunt crescute și are capacitatea de a întreprinde acțiunile de succes pentru a controla pericolul;

B) *Controlul fricii*: individul percepe că eficacitatea personală de control al riscului este redusă și, chiar dacă susceptibilitatea și severitatea sunt crescute, persoana își propune să își stăpânească frica. Este un comportament neadaptativ, putând implica mecanisme de apărare cognitivă pentru a atenua anxietatea (de genul: mi se va întâmpla mai devreme sau mai târziu);

C) *Lipsa de răspuns*: susceptibilitatea și severitatea pericolului sunt percepute ca reduse.

2.2.2. *Modelul supraestimare-îngrijorare*

S-a constatat că la pacienţii cu cancer sau cu risc de cancer supraestimarea conduce la îngrijorare.

Supraestimarea propriului risc de cancer are diverse consecinţe negative: nivel al anxietăţii ridicat atât în sine cât şi în membrii familiei (van Oostrom, Meijers-Heijboer, & Lodder, 2003), control mai scăzut asupra percepţiei cancerului, depresie şi hiper-vigilenţă excesivă în practicile de screening (Audrain, et al., 1997),

Îngrijorările sau grijile privind cancerul sunt specifice supravieţuitorilor şi familiilor lor, fiind asociate cu anxietate crescută, distres emoţional şi deprecierea funcţionării rolului familial. Grijile specifice cancerului influenţează deciziile privind testările genetice (Lerman, Hughes, & Lemon, 1998) sau alte teste diagnostice (de exemplu mamografii, evaluări clinice) (Diefenbach & Weinert, 1981). Un nivel moderat de îngrijorare poate avea un rol pozitiv asupra comportamentului preventiv sau de autoîngrijire (Lodder et al., 2003).

2.3. *Modele cognitive şi atitudinale*

2.3.1. *Modelul interdependenţiei cogniţie-comportament*

Relaţiile dintre comportament şi perceperea riscului pot fi atât pozitive, cât şi negative.

Acurateţea adaptativă în percepţia riscului (adaptive accuracy of risk perceptions) desemnează relaţia de interdependenţă negativă dintre adoptarea comportamentelor precaute şi percepţia a scăderii riscului (potrivit teoriilor comportamentului sănătos) (Brewer et al., 2004; Weinstein, Rothman, & Nicolich, 1998). Indivizii se percep mai protejaţi, mai puţin vulnerabili în raport cu pericolul ca urmare a efectuării unei/ unor schimbări comportamentale în sens preventiv (Weinstein, 2003). Există două situaţii posibile:

1. schimbarea comportamentului şi adoptarea unei conduite preventive conduce la percepţia reducerii riscului, ceea ce motivează indivizii să menţină modelul comportamental care le asigură confort şi siguranţă;

2. schimbarea comportamentului şi adoptarea unei conduite preventive nu se asociază cu percepţia scăderii riscului, oamenii se simt încă în pericol în ciuda faptului că şi-au schimbat comportamentul. În consecinţă, nu vor fi motivaţi să menţină această schimbare pentru o perioadă mai lungă de timp, rezultând în final la abandonarea comportamentului iniţial (Brewer et al., 2004).

Alte două mecanisme sunt implicate în acurateţea adaptativă a percepţiei riscului:

- oamenii au răspunsuri adaptative în raport cu pericolul, însă ei nu consideră că adoptarea unui comportament precaut ar elimina în totalitate riscul;
- cei care au *sensibilitate* dispoziţională sunt predispuşi să perceapă un risc mai mare comparativ cu cei care nu au factorul respectiv în structura de personalitate (ibidem.).

Minimalizarea în percepţia riscului desemnează relaţia de interdependenţă pozitivă între comportamentul riscant şi percepţia scăderii riscului. Pe măsură ce individul este expus la hazarde sau repetă comportamentul riscant percepe că riscul scade de-a lungul timpului datorită creşterii sentimentului de control şi a capacităţii de auto-apărare. Din perspectiva social-cognitivă asumarea riscului şi mecanismul de minimizare se creează iniţial pe baza observării unor modele comportamentale şi adoptării acestora. Adoptarea de comportamente care implică asumarea de riscuri majore la un moment iniţial (T1) se asociază cu perceperea unor niveluri scăzute ale riscului la un moment ulterior (T2) (Brown, 2005).

2.3.2. Modelul Percepţiei şi atitudinii faţă de risc (Risk Perception Attitude Framework/ RPA)

Modelul RPA clasifică oamenii în funcţie de două criterii: percepţia riscului şi eficacitatea personală în raport cu riscul (dacă poate face faţă). Astfel, există patru grupe:

- *receptivi*: percep riscul crescut şi autoeficacitatea crescută, sunt foarte motivaţi (datorită percepţiei de risc ridicat) dar şi capabil (datorită convingerilor) a traduce motivaţia în acţiune;
- *evitanţi*: percep riscul crescut şi eficacitatea redusă, tind să fie motivaţi pentru comportamentul protectiv evitant mai mult datorită percepţiei slabei capacităţi personale de a face faţă situaţiei de îmbolnăvire;
- *proactivi*: percep riscul scăzut şi eficacitatea mare, sunt capabili să ia măsuri, dar motivaţia lor de a acţiona este mai redusă din cauza convingerilor că riscul personal este redus;
- *indiferenţi*: percep riscul scăzut şi eficacitatea redusă - membrii acestui grup sunt consideraţi a fi cel mai puţin motivaţi să acţioneze (Rosenstock, 1974).

Percepţia riscului personal pentru o boală şi percepţia autoeficacităţii constituie predictori ai comportamentului preventiv (Weinstein, Grubb, & Vautier, 1986). Rimal şi Real (2003) au arătat că în relaţia dintre percepţia riscului şi comportamentul de sănătate convingerile despre autoeficace reprezintă o variabilă moderatoare (Rimal & Real, 2003). Auto-eficacitatea şi cunoştinţele despre cancerul la sân reprezintă un set de predictori consistenţi pentru apelul la diagnosticul de specialitate. Într-un studiu privind percepţia riscului de cancer de sân (la femei imigrante indiene în zona oraşului Washington D.C.) s-a relevat că una din opt femei recent imigrante şi cele mai înaintate în vârstă, tind să aibă rate scăzute de evaluare a sănătăţii cu mamografia (Kawaga-Singer & Pourat, 1989).

Modelul RPA şi modelul atenţional al comportamentului preventiv pot fi utilizate simultan. De exemplu, comportamentele preventive ale cancerului la sân pot fi analizate după trei parametri: atenţia dată informaţiilor despre risc, auto-examinarea sânilor şi examinarea/ depistarea clinică (includ percepţia asupra riscului şi convingerile despre autoeficacitate).

2.4. Modelul psihosocial

Teoriile psihologiei sociale au relevat rolul influenţei sociale în transmiterea percepţiilor şi atitudinilor. Modelul interdependenţei dintre actor şi partener (APIM: The actor–partner interdependence model)[1] subliniază existenţa mai multor similarităţi decât diferenţe dintre percepţiile şi atitudinile indivizilor care se află în relaţii de interdependenţă socială. Aplicând acest model în aria sănătăţii, s-au studiat fluxurile cognitive şi atitudinale care fac obiectul tranzacţiilor dintre pacienţi/supravieţuitori şi rudele lor (Cook & Kenny, 2005). Fenomenele relevate sunt:

- *influenţa directă reciprocă* privind evaluarea riscurilor, stările emoţionale, comportamentele între membrii familiei pacientului şi pacient/ supravieţuitor: există o intercondiţionare între pacienţii cu cancer şi soţ/ soţie/ îngrijitor/membrii ai familiei din punct de vedere al suferinţei/ distresului, depresiei sau calităţii vieţii. Pot apărea pattern-uri de comunicare distantă şi problematică, conflicte familiale şi probleme de relaţie, distres psihologic al copiilor, dificultăţi ale vieţii de familie, povara „vinovăţiei" de familie (*engl.* burden of family „guilt"). În relaţia de cuplu, când grijile unuia sunt evidente, creşte nivelul grijilor la partener/parteneră.

- *influenţa indirectă a familiei* asupra pacientului şi invers: mamele supravieţuitoare sunt neliniştite de posibilitatea ca în viitor copii lor să facă cancer. Relaţia mamă-fiică este un factor important în aprecierea riscului cancerului şi dezvoltarea grijilor. Femeile interpretează informaţiile privind riscul genetic pe baza experienţei din cadrul familiei (Mellon et al., 2006), putând continua să creadă că sunt supuse unui risc ridicat, în ciuda informaţiilor ce indică un risc mai scăzut (Weinstein, et al., 2004). Percepţia exacerbată a riscului de cancer poate conduce la alte efecte adverse: femeile continuă să reclame distres specific cancerului chiar şi în urma consilierii psihologice, testării genetice sau a unei intervenţii chirurgicale preventive (Lodder, Frets, & Trijsburg, 2003). Feedback-ul lansat în relaţia cu mama potenţează reacţiile gestionate în interacţiunea fiică-mamă.

2.5. Un model integrat de evaluare a percepţiei riscului

Relaţia dintre percepţia riscului şi comportamentul preventiv poate fi evaluată din mai multe modalităţi:

- transversal (evaluarea la un moment dat a relaţiei dintre perceperea riscului şi comportamentul de sănătate);

- longitudinal (examinarea schimbările comportamentale în raport cu schimbările în perceperea riscului la momente diferite.

Pentru a înţelege mai bine percepţia riscului se apelează la o strategie de cercetare care cuprinde:

---

[1] Modelul interdependenţei relaţiei actor-partener elaborat de William L. Cook şi David A. Kenny (2005).

1. identificarea factorilor ce generează grija în raport cu cancerul şi percepţia riscurilor la supravieţuitori ai cancerului (mamar/ovarian) şi rudele acestora neafectate de cancer;

2. evaluarea diferenţelor dintre predictorii percepţiei riscului cancerului între supravieţuitori şi rudele acestora;

3. determinarea relaţiilor dintre percepţiile riscului cancerului a supravieţuitorilor şi percepţiile rudelor acestora (Department of Health, 2004).

Un model de evaluare a stresului familial, bazat pe modelul rezilienţei familiale (family resiliency model) (McCubbin & McCubbin, 1996) identifică factorii ce pot fi asociaţi percepţiei riscului cancerului şi îngrijorării în privinţa cancerului. Acesta face parte dintr-o investigaţie mai amplă privind deciziile luate în familie pe baza informaţiilor riscului de cancer moştenit.

Modelul din Figura 1 propune includerea în evaluare a mai multor variabile: se măsoară stresul, percepţia riscului de cancer şi îngrijorarea în privinţa cancerului atât la supravieţuitori, cât şi la rudele acestora. Evaluarea stresului de către familie este influenţată atât de factori sociodemografici, cât şi de factori medicali, factori personali şi resurse familiale. Modelul sugerează că există o interrelaţie între percepţiile privind riscul şi îngrijorările supravieţuitorului şi rudelor sale.

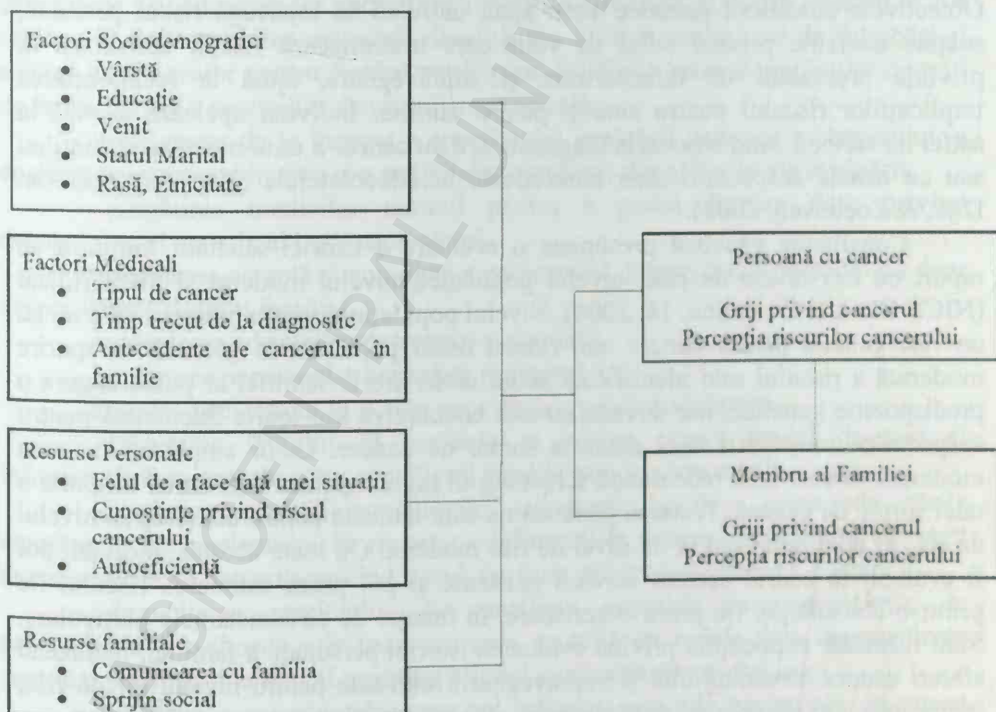


Figura 1. Modelul familial al evaluării stresului (family model of stress appraisal) privind riscul cancerului moştenit (McCubbin Resiliency Model, McCubbin & McCubbin, 1996).

3. Consilierea genetică

Se estimează că 5-10% din populaţie ar putea avea o predispoziţie genetică la una din formele de cancer (Dunlop, Farrington, & Carothers, 1997). În ultimii 10 ani a crescut numărul de pacienţi ce au dorit consultaţie genetică pentru estimarea riscului de cancerul mamar, cancer ovarian şi cancer de colon (ibidem.). În prezent există peste 2.3 milioane de persoane ce au supravieţuit cancerului mamar şi 174,000 de supravieţuitori ai cancerului ovarian (National Cancer Institute. Cancer Survivorship Research, Estimated U.S. Cancer Prevalence, 2007).

În 2007 au fost estimate 180,510 cazuri noi de cancer mamar şi 22,430 cazuri noi de cancer ovarian în SUA (American Cancer Society, 2007). Aproximativ 5-10% dintre aceste cazuri sunt cauzate de mutaţiile genetice moştenite, cum ar fi BRCA1 şi BRCA2 (Garber & Offit, 2005). Rudele feminine de grad I ale pacientelor au un risc minim de 50% de a fi purtătoare ale acestor mutaţii, crescându-le riscul de a dezvolta cancer mamar sau ovarian, în comparaţie cu restul populaţiei (ibidem.).

Consultanţa/ consilierea genetică în privinţa cancerului (evaluarea riscului familial în privinţa cancerului) urmăreşte să-i furnizeze clientului o estimare a riscului de a avea o predispoziţie genetică faţă de o anumită formă de cancer. Obiectivele consilierii genetice sunt: ajută indivizii să înţeleagă riscul personal, susţine deciziile privind stilul de viaţă care minimizează riscul, consiliază în privinţa proceselor de monitorizare şi supraveghere, ajută la recunoaşterea implicaţiilor riscului pentru sine şi pentru familie. Indivizii apelează adesea la astfel de servicii când cu ocazia diagnosticării cu cancer a unui membru al familiei sau cu ocazia suspectării unor antecedente heredocolaterale (Van Asperen, van Dijk, & Zoeteweij, 2002).

Consilierea genetică presupune o evaluare a istoriei sănătăţii familiale în raport cu trei nivele de risc: nivelul populaţiei, nivelul moderat şi nivel ridicat (NICE Clinical Guideline, 14, 2004). Nivelul populaţiei include indivizii care nu au un risc genetic pentru cancer mai ridicat decât populaţia în general. O sporire moderată a riscului este identificată acolo unde istoria familiei ar putea sugera o predispoziţie genetică, dar dovada nu este concluzivă sau foarte întemeiată pentru suspectarea moştenirii unei anumite forme de cancer. Celor amplasaţi în zona moderată de risc li se recomandă screening-ul regulat pentru detectarea timpurie a unei forme de cancer. Testarea genetică nu este indicată pentru cei aflaţi la nivelul de risc al populaţiei sau la un nivel de risc moderat. Cu toate acestea, indivizii pot fi evaluaţi în cadrul acestor servicii existente şi pot primi estimarea riscului fie printr-o consultaţie, fie printr-o scrisoare, în funcţie de circumstanţele particulare. Sunt furnizate explicaţiile privind evaluarea istoriei personale a familiei, incluzând sfaturi asupra screening-ului şi supravegherii relevante pentru nivelul lor de risc, împreună cu explicarea motivului pentru care testarea genelor nu este adecvată.

Dacă nivelul de risc este ridicat, se discută mai amplu posibilitatea testării genetice, opţiunile screening-ului, supravegherii şi eventualele măsuri preventive. Această informaţie este împărtăşită şi discutată în cadrul a trei consultaţii pentru a elimina erorile de evaluare (NICE Clinical Guideline, 14, 2004).

Cei care participă la consilierea genetică în privința cancerului au raportat anterior o nevoie de mai multă informare (Charlmers & Luker, 2001). Studiile caută în continuare răspunsuri privind modalitatea cea mai eficientă de influențare a părerilor, atitudinilor şi deciziilor de alegere a serviciilor de consiliere genetică pentru cancer şi de adoptare a unor comportamente preventive. Consilierea genetică nu se asociază obligatoriu cu reacții adecvate ale individului consiliat sau familiei sale în raport cu deciziile ce ar trebui luate (Soreson & Botkin, 2003). Pe de altă parte, s-a constatat că serviciul de consiliere genetică poate avea unele limitări: informațiile despre risc nu pot fi sistematizate sigur şi complet (Hollow, Porteous, & Cetnarskyj, 2005), sugestiile privind luarea deciziilor nu concordă cu nivelul de risc (Marteau & Lerman, 2001).

Soreson & Botkin (2003) au studiat relația dintre nevoia de informare a clienților serviciilor de consiliere genetică şi estimarea personalizată a riscului familial. Pentru a determina nevoia de informare a pacienților au fost conduse interviuri telefonice semi-structurate asupra celor care apelaseră la aceste servicii: primul interviu (pre-evaluare) – înainte ca ei să primească evaluarea riscului lor genetic, iar al doilea interviu (post-evaluare) – după ce au fost evaluați. Participanții au fost intervievați cu 2-4 săptămâni înainte de a fi evaluat riscul lor genetic, fie printr-o consultație la clinică, fie printr-o scrisoare. Pentru a stabili dacă informarea sau educarea lor necesită schimbări, s-a realizat al doilea interviu la 2-4 săptămâni după primirea estimării riscului. S-a utilizat acelaşi set de întrebări şi acelaşi intervievator pentru fiecare participant. Studiul a relevat mai multe direcții de îmbunătățire a serviciilor de consiliere medicală:

- prezentarea de la început a specificului evaluării genetice a cancerului, a desfăşurării procesul în sine şi a posibilelor rezultate, dar şi limite ale evaluării,

- pregătirea medicilor curanți pentru a putea furniza date privind determinismul genetic al bolii pacientului,

- informarea corectă şi completă a pacientului despre riscul personal nu doar despre istoria riscului familial,

- prezentarea adecvată a perspectivei de viață,

- implicarea persoanelor apropiate pacientului,

- ajutarea pacientului în luarea unor decizii privind sănătatea,

- asigurarea faptului că pacientul a înțeles corect gradul de risc şi informațiile furnizate de către consilierul genetic sau de către medic,

- creşterea capacității consilierului sau medicului de a manageria stările emoționale ale pacientului în raport cu informațiile despre risc (teama cauzând aversiune față de deciziile privind riscul, iar furia provocând căutarea riscului),

- dezvoltarea serviciului de consiliere genetică cu componente de psihoterapie şi psihoeducație (oamenii care au grijă de rudele deja diagnosticate sunt mai predispuşi la reacții negative privind evaluarea propriului risc),

- cunoaşterea experiențelor care pot influența reacțiile pacientului în raport cu riscurile: experiențe în raport cu sănătatea, medicii, evenimente particular sau anumite persoane ori obiecte,

- creşterea controlului situației personale şi reducerea îngrijorării (oamenii evaluează riscul în funcție de experiențele personale, de valorile şi stilul lor de

viață și mai puțin reușesc să facă analize raționale ale riscului personal. De obicei apare îngrijorarea că s-ar putea să existe un nivel de risc care nu poate fi controlat) (Peters, Burraston, & Mertz, 2004).

4. Campaniile de promovare a comportamentelor preventive

Studiile relevă câteva aspecte directoare utile în elaborarea mesajelor de promovare a comportamentelor preventive (Rimal, 2000):

1. statutul social, rezidențial. De exemplu, diferențe semnificative în comportamentele de prevenire a cancerului la sân în funcție de durata de ședere a imigranților în SUA. Femeile care au imigrat recent au mai multe șanse să aibă lacune în educație se vor adapta mai greu și nu for fi foarte eficace în adoptarea comportamentelor preventive. Implicația practică este aceea că intervențiile de sănătate trebuie să adapteze discursul, mesajele la situația socială a categoriei de oameni vizați.

2. percepția riscului și credința autoeficacității trebuie speculate mai intens în campanii de promovare a comportamentului preventiv. Percepția predispoziției sau sensibilității personale are un impact mai redus asupra deciziilor de a adopta comportamentele sănătoase. Studiile arată că oamenii adoptă conduite preventive mai ales atunci când percep riscul crescut și când percep capacitatea de a realiza cu succes acțiuni pentru a preîntâmpina pericolul. Credințele despre auto-eficacitate reprezintă predictori consistenți ai schimbării comportamentului de sănătate (Bandura, 1995). Rezultă necesitatea de a îmbunătăți convingerile eficienței publicului țintă.

3. comportamentele preventive sunt amplificate de majorarea cunoștințelor cu privire la posibilitățile de depistare a semnelor îmbolnăvirii. Campaniile de promovare a sănătății trebuie să sporească gradul de informare (Rimal, 2000).

4. explicațiile etiologice ale bolii. În general oamenii consideră că boala are cauze externe, mai puțin cauze personale. Totuși se acceptă mai ușor că o boală poate lovi mai facil pe cineva care nu are rezistență. Rezultă că apelul la responsabilitatea are mai puține șanse de stimulare a comportamentului preventiv, însă sugerarea nevoii de creștere a rezistenței organismului s-ar putea să aibă mai multe șanse de motivare.

5. responsabilitatea pentru cei apropiați. Persoanele nu sunt numai încurajate să-și asume responsabilitatea propriei sănătăți, dar și responsabilitatea sănătății celorlalți. De exemplu, Graham (1979) observă că mamele nu-și asumă doar responsabilitatea pentru menținerea și promovarea sănătății copiilor lor, dar în mod frecvent pun sănătatea familiei mai presus de a lor.

6. responsabilitatea de a evita expunerea voluntară personală și a celorlalți la riscuri de sănătate și responsabilitatea pentru a cunoaște riscurile genetice.

*
* *

Se încearcă crearea sau consolidarea comportamentului preventiv prin programe de promovare a sănătății, programele de educație pentru sănătate.

Acestea oferă oamenilor informaţii despre risc cu scopul de a-i motiva să adopte atitudini precaute. Se relevă importanţa pregătirii psihologilor şi a medicilor pentru consiliere şi psihoeducaţie în vederea stimulării comportamentelor preventive ale oamenilor. Relansarea campaniilor de psihoeducaţie pentru sănătate şi dezvoltarea serviciilor de consiliere genetică, consiliere şcolară pentru sănătate constituie direcţii necesare de acţiune.

Bibliografie

Achat, H., Close, G., & Taylor, R. (2005). Who has regular mammograms? Effects of knowledge, beliefs, socioeconomic status, and health-related factors. *Preventive Medicine*, 312-320.

American Cancer Society. (2007). *Cancer Facts and Figures.* Atlanta, GA: American Cancer Society.

Armitage, C. J., & Conner, M. (2000). Social cognition models and behaviour: A structured review. *Psychology and Health*, 173-189.

Audrain, J., Schawtz, M. D., Lerman, C., Hughes, C., Peshkin, B. N., & Biesecker, B. (1997). Psychologycal distress in woman seeking genetic counseling for breast-ovarian cancer risk: the contributions of personality and appraisal. *Ann Behav Med*, 370-377.

Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action.* Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.

Berger, C. R. (2002). *Strategic and nonstrategic information acquisition.* Englewood Cliffs: Prentice Hall.

Bish, A., Sutton, S., Jacobs, S., Levene, S., Ramirez, A., & Hodgson, S. (2002). Changes in psychological distress after cancer genetic counselling: a comparison of affected and unaffected women. *Br J Cancer*, 43-50.

Bluman, L. G., Rimer, B. K., & Berry, D. A. (1999). Attitudes, knowledge and risk perceptions of women with breast and/or ovarian cancer considering testing for BRCA1 and BRCA2. *J Clin Oncol*, 1040-1046.

Brewer, N. T., Weinstein, N. D., Cuite, C. L., & Herrington, J. E. (2004). Risk perceptions and the relation to risk behavior. *Annals of Behavioral Medicine*, 125-130.

Brown, S. L. (2005). Relationships between risk-taking behavior and subsequent risk perceptions. *British Journal of Psychology*, 155-164.

Lustbader, E., & RImer, B. K. (1995). Effects of individualized breast cancer risk counseling: a randomized trial. *J Natl Cancer Inst*, 286-292.

Cacioppo, J. T., Petty, R. E., & Morris, K. J. (1983). Effects of need for cognition on message evaluation, recall, and persuasion. *Journal of Personality and Social Psychology*, 805-818.

Chaiken, S., Liberman, A., & Eagly, A. (1989). A Heuristic and systematic information processing within and beyond the persuasion context. În J. S. Uleman, & J. A. Bargh, *Unintended Thought.* New York: Guilford Press.

Charlmers, K. I., & Luker, K. A. (2001). Information and support needs of women with primary relatives with breast cancer. Development of the information and support needs questionnaire. *J Adv Nurs*, 497-507.

Cohen, M. (2002). First-degree relatives of breast-cancer patients: Cognitive perceptions, coping, and adherence to breast self-examination. Behavioral Medicine. *Behavioral Medicine*, 15-22.

Cook, W. & Kenny D. (2005). The Actor–Partner Interdependence Model: A model of bidirectional effects in developmental studies. International Journal of Behavioral Development, 101-109.

Danigelis, N. L., Roberson, N. L., & Worden, J. K. (1995). Breast screening by African American women: Insights from a household survey and focus.

Department of Health. (2004). *Better Information, Better Choices, Better Health: Putting Information at the Centre of Health.*

Diefenbach, M. A., & Weinert, C. (1981). The PRQ - a social support measure. *Nurs Res*, 277-280.

Dolinski, D., Gromski, W., & Zawisza, E. (1987). Unrealistic pessimism. *Journal of Social Psychology*, 511-516.

Dunlop, M., Farrington, S., & Carothers, A. (1997). Cancer risk associated with germline DNA mismatch repair gene muations. *Hum Mol Genet*, 105-110.

Emery, J., Kumar, S., & Smith, H. (1998). Patient understanding of genetic principles and their expectations of genetic services within the NHS: a qualitative study. *Community Genet*, 78-83.

Garber, J. E., & Offit, K. (2005). Hereditary cancer predisposition syndromes. *J Clin Oncol*, 276-292.

Graham, R. F. (1978). Natural Resistance Systems Against Tumors, Foreign Cells and Microbes, Gustavo Cudkowicz, Maurice Landy, Gene M. Shearer. Academic Press, New York.

Griffin, R. J., Dunwoody, S., & Neuwirth, K. (1999).). Proposed model of the relationship of risk information seeking and processing to the development of preventive behaviors. *Environmental Research*, S230-S245.

Hack, T. F., Degner, L. F., & Parker, P. A. (2005). The communication goals and needs of cancer patients: a review. *Psycho-Oncology*, 831-845.

Hollow, S., Porteous, M., & Cetnarskyj, R. (2005). Referrals of patients to colorectal cancer genetics services in south-east Scotland. *Fam Cancer*, 151-161.

Hopwood, P., Wonderling, D., & Watson, M. (2004). A randomised comparison of UK genetic risk counseling services for familial cancer: psychosocial outcomes. *Br J Cancer*, 884-892.

Hornik, R. (2002). Public health communication: Making sense of contradictory evidence. În R. C. Hornik, *Public health communication: Evidence for behavior change* (pg. 1-19). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.

Johnson, E. J., & Giladi, E. E. (1983). Affect, generalization, and the perception of risk. *Journal of Personality and Social Psychology*, 20-31.

Jones, J., Hyhof-Young, J., Friendman, A., & Catton, P. (2001). More than just a pamphlet: development of an innovative computer based education program for cancer patient. *Patient Educ Couns*, 271.

Kawaga-Singer, M., & Pourat, N. (1989). Asian American and Paci? Islander breast and cervical carcinoma screening rates and Healthy People 2000 objectives. *Cancer*, 696-705.

Lerman, C., Daly, M., Masny, A., & Balshem, A. (1994). Attitudes about genetic testing for breast-ovarian cancer susceptibility. *J Clin Oncol*, 843-850.

Lerman, C., Hughes, C., & Lemon, S. J. (1998). What you don't know can you hurt you: adverse psychologic effects in members of BRCA1-linked and BRCA2-linked families who decline genetic testing. *J Clin Oncol*, 1650-1654.

Lerman, C., Schwartz, M. D., Miller, S. M., Daly, M., C, S., & Rimer, B. K. (1996). A randomized trial of breast cancer risk counselling, educational level, and coping style. *Health Psychol*, 75-83.

Lerman, C., Trock, B., Rimer, B. K., Jepson, C., Brody, D., & Boyce, A. (1991). Psychological side effects of breast cancer screening. *Health Psychology*, 259-267.

Lobb, E. A., Butow, P., Barratt, A., & Tucker, K. (1995). Differences in individual approaches: communication in the familial breast cancer consultation and the effect on patient outcomes. *Soc Sci Med*, 1241-1254.

Lodder, L., Frets, P. G., & Trijsburg, R. W. (2003). Attitudes and distress levels in woman at risk to carry a BRCA1/BRCA2 gene mutation who decline genetic testing. *Am J Med Genet*, 266-272.

Loescher, L. J. (2003). Cancer worry in women with hereditary risk factors for breast cancer. *Oncol Nurs Forum*, 767-772.

Maheswaran, D., & Meyers-Levy, J. (1990). The influence of message framing and issue involvement. *Journal of Marketing Research*, 361-367.

Makoul, G., Arnston, P., & Schofield, T. (1995). Health promotion in primary care: psysician-patient communication and decision-making about prescription medications. *Soc Sci Med*, 1241-1254.

Marteau, T. M., & Lerman, C. (2001). Genetic risk and behavioural change. *Br Med J*, 1056-1059.

McCubbin, M. A., & McCubbin, H. I. (1996). Resiliency in families: a conceptual model of family adjustment and adaptation in response to stress and crises. În H. I. McCubbin, A. I. Thompson, & M. A. McCubbin, *Family Assessment: Resiliency, Coping and Adaptation - Inventories for Research and Practice* (pg. 1-64). Madison: University of Wisconsin System.

Mellon, S., Berry-Bobovski, L., Gold, R., Levin, N., & Tainsky, M. (2006). Communication and decision-making about seeking inherited cancer risk information: findings from female survivor-relative focus groups. *Psycho-Oncology*, 193-208.

Mohamed, I. E., Williams, K. S., Wryobeck, J. M., & Carter, S. (2005). Understanding locally advanced breast cancer: What influences a woman's decision to delay treatment? *Preventive Medicine*, 399.

Moskowitz, G. B., Skurnik, I., & Galinsky, A. D. (1999). The history of dual-process notions, and the future of preconscious control. În S. Chaiken, & Y. Trope, *Dual-Process Theories in Social Psychology*. New York: Guilford Press.

National Cancer Institute. Cancer Survivorship Research, Estimated U.S. Cancer Prevalence. (2007, Martie 9). Preluat de pe National Cancer Institute: http://cancercontrol.cancer.gov/ocs/prevalence.html

National Center for Health Statistics. (2006). *Department of Health and Human Services.* Hyattsville.

Neise, C., Rauchfuss, M., Paeke, S., Beier, K., & Lichtenegger, W. (2001). Risk perception and psychological strain in women with a family history of breast cancer. *Onkologie*, 470-475.

NICE Clinical Guideline, 14. (2004). *Familial Breast Cancer. The Clasification and care of women at risk of familial breast cancer in primary, secondary and tertiary care*.

Niederdeppe, J., Hornik, R. C., Kelly, B. J., Frosch, D. L., Romantan, A., & Stevens, R. S. (2007). Examining the dimensions of cancer-related information seeking and scanning behavior. *Health Communication*, 153-167.

Peters, E., Burraston, B., & Mertz, C. K. (2004). An emotion based model of risk perception and stigma susceptibility: cognitive appraisals of emotion, affective reactivity, worldviews and risk perceptions in the generation of technological stigma. *Risk Analysis*, 1349-1367.

Ransom, S., Jacobsen, P. B., Schmidt, J. E., & Andrykowski, M. A. (2005). Relationship of problem-focused coping strategies to changes in quality of life following treatment for early stage breast cancer. *Journal of Pain and Symptom Management*, 243-253.

Renner, B., & Schwarzer, R. (2003). Social-cognitive factors in health behavior change. *Social Psychologycal Foundations of Health and Illness*, 169-196.

Rimal, R. N. (2000). Closing the knowledge–behavior gap in health promotion: The mediating role of self-efficacy. *Health Communication*, 219-237.

Rimal, R. N., & Real, K. (2003). Percepived risk efficacy beliefs as motivators of change. *Human Communication Research*, 370-400.

Riman, R. N. (2001). Perceived risk and self efficacy as motivators; understanding individuals long term use of health information. *J Commun*, 633-654.

Rogers, R. .W. (1975). A protection motivation theory of fear appeals and attitude change. *The Journal of Psychology*, 93-114.

Rosenstock, I. M. (1974). Historical origins of the health belief model. *Health Education Monographs*, 93-114.

Rutter, D., & Quine, L. (2002). *Social Cognition Models and Changing Health Behaviours*. Buckingham: Open University Press.

Seeman, M., & Seeman, T. E. (1983). Health behavior and personal autonomy: a longitudinal study of the sense of control in illness. *J Health Soc Behav*, 144-160.

Slovic, P., & Lichtenstein, S. (1982). Why study risk perceptions? *Risk Analysis*, 83-93.

Slovic, P., Finucane, M. L., Peters, E., & Macgregor, D. G. (2004). Risk as analysis and risk as feelings: some thoughts about affect, reason, risk and rationality. *Risk Anal*, 311-322.

Soreson, J. R., & Botkin, J. R. (2003). Genetic testing and the family. *Am J Med Genet Part C*, 1191-1192.

Struewing, J. P., Lerman, C., Kase, R. G., Giambarresi, T. R., & Tucker, M. A. (1995). Anticipated uptake and impact of genetic testing in hereditary breast and ovarian cancer families. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*, 169-173.

Trask, P. C., Paterson, A. G., & Wang, C. (2003). Cancer-specific worry interference in woman attending a breast and ovarian risk evaluation program: impact on emotional distress and health functioning. *J Clin Oncol*, 3867-3874.

Van Asperen, C., van Dijk, S., & Zoeteweij, M. W. (2002). What do women really want to know? Motives for attending familial breast cancer clinics. *J Med Genet*, 410-414.

van Oostrom, I., Meijers-Heijboer, H., & Lodder, L. N. (2003). Long-term psychological impact of carrying a BRCA1/2 mutation and prophylactic surgery: a 5-year follow up study. *J Clin Oncol*, 3867-3874.

Weinstein, N. D. (2003). Exploring the links between risk perceptions and preventive health behavior. *Social Psychological Foundations of Health and Illness*, 22-53.

Weinstein, N. D., & Nicolich, M. (1993). Correct and incorrect interpretations of correlations between risk perceptions and risk behaviors. *Health Psychology*, 235-245.

Weinstein, N. D., Atwood, K., Pulea, E., Fletcher, R., Colditz, G., & Emmons, K. M. (2004). Colon cancer: risk perceptions and communication. *J Health Commun*, 53-65.

Weinstein, N. D., Grubb, P. D., & Vautier, J. (1986). Increasing automobile seatbelt use: An intervention emphasizing risk susceptibility. *Journal of Applied Psychology*, 285-290.

Weinstein, N. D., Rothman, A. J., & Nicolich, M. (1998). Use of correlational data to examine the effects of risk perceptions on precautionary behavior. *Psychology & Health*, 479-501.

Witte, K. (1994). Fear control and dnager control: A test for the extended parallel process model (EPPM). *Communication Monographs*, 113-134.

INTERVENȚII COGNITIV-COMPORTAMENTALE ȘI HIPNOTERAPEUTICE ÎN TULBURAREA DE STRES POSTTRAUMATIC

Irina Holdevici & Barbara Crăciun

1. Criza psihologică și simptomatologia posttraumatică

Criza psihologică se manifestă în situațiile în care un factor stresant puternic sau prelungit perturbă echilibrul homeostatic al ființei umane. Roberts (2000) identifică o serie de situații care prin caracteristicile lor sunt capabile să declanșeze o criză psihologică:

- pierderea unei relații apropiate;
- pierderea sau schimbarea serviciului;
- pierderea rolului sau statutului social;
- trecerea într-o nouă etapă a existenței (căsătorie, plecarea copiilor, schimbarea domiciliului, pensionare).

La acestea se mai adaugă și alte evenimente psihotraumatizante deosebit de puternice care pot declanșa sindromul de stres posttraumatic (terorism, tortură, dezastre naturale sau provocate, accidente, agresiuni, viol, luare de ostatici, confruntări armate). Intensitatea simptomatologiei în astfel de situații este mult mai mare. Cu toate acestea studiile arată că prezența traumei este necesară, dar nu suficientă, atunci când se pune problema declanșării unei tulburări de stres posttraumatic (Berliner & Saunders, 1997; Yehuda & McFarlane, 1995) și că în ceea ce privește predictibilitatea apariției acesteia, cea din urmă nu se relaționează doar cu severitatea experienței traumatice în sine.

Criza psihologică poate fi studiată prin intermediul unei metodologii complexe de cercetare care vizează atât reactivitatea biologică, cât și indicatorii manifestărilor psihice asociate (frecvență, intensitate, grad de complexitate, etc.). Instrumentele psihologice de cunoaștere psihologică sunt foarte diversificate și se întind pe o paletă largă de opțiuni metodologice, începând cu observația clinică, tehnicile proiective și continuând cu diferite le scale clinice, analiza de simbol, etc. (Mincu, 2008).

În ceea ce privește intervenția în criză, aceasta are un caracter limitat în timp, obiectivul principal fiind stabilizarea pacienților și formarea unor strategii adaptative pe termen scurt.

Astfel în cadrul intervenției terapeutice în situații de criză se conturează o serie de principii de dintre care le amintim aici pe următoarele (Ewing, 1990):

- intervenția terapeutică în astfel de situații este de scurtă durată și trebuie aplicată rapid;
- intervenția terapeutică trebuie să aibă în vedere nu numai individul ci și familia sau rețelele de suport ale acestuia;

- se adresează unei mari varietăţi de probleme umane;
- este focalizată asupra problemelor prezente;
- intervenţia nu are doar menirea de a rezolva situaţia prezentă, de a reduce simptomele, ci şi de a-l înarma pe subiect cu mecanisme psihosomatice care să-i permită să facă faţă unor probleme şi crize viitoare;
- psihoterapeutul va juca în cadrul demersului terapeutic un rol activ şi directiv.

După depăşirea crizei poate fi aplicată spre exemplu o strategie cognitiv-comportamentală care să se adreseze punctelor importante ce alcătuiesc repertoriul disfuncţional al pacienţilor, fie acestea gânduri distorsionate legate de evenimentele traumatice, fie comportamente de evitare sau hiperactivarea neurofiziologică.

Tulburarea de stres posttraumatic reprezintă o condiţie disfuncţională de sănătate şi care de multe ori este asociată cu o comorbiditate psihiatrică (depresie) ce are ca efect principal diminuarea calităţii vieţii, derulându-se pe un parcurs de timp îndelungat (Klein, Mitchell, Gilson, et al., 2009). Sindromul de stres posttraumatic este prezentat ca un conglomerat de disfuncţionalităţi cognitive, comportamentale şi fiziologice ce sunt traduse de un cluster triadic de simptome precum intruzivitatea, evitarea şi hiperactivarea neurofiziologică. Tulburarea de stres posttraumatic este clasificată ca fiind o tulburare de anxietate, iar în funcţie de natura şi nivelul evenimentului traumatic prevalenţa sindromului în cazul victimelor poate fi şi de 100% (Kolassa, Ertl, Eckart, et al., 2010). La stabilirea diagnosticului corect cele mai importante simptome sunt cele care fac referire la reimpregnarea evenimentului traumatic prin retrăire omniprezentă de către pacientul în cauză, hiperactivarea neurofiziologică şi complexul evitant.

Trauma implică producerea unei discontinuităţi bruşte în experienţa fizică a subiectului, fapt ce determină, la rândul sau, o discontinuitate în ceea ce priveşte experienţele psihologice (Spiegel, Cardena, 1990).

În astfel de situaţii, se produc fenomene cu caracter disociativ care, cel puţin pentru moment, au un caracter adaptativ, deoarece permit subiectului să se elibereze de durere.

O persoană care dezvoltă tulburare de stres posttraumatic trăieşte cel puţin două din cele cinci stări descrise ca fiind persistente, precum dificultăţile în legătură cu somnul, iritabilitatea, hipervigilenţa neurofiziologică, dificultăţile de concentrare şi răspunsurile exagerate şi neadecvate legate de pericol la stimulii primiţi. Această simptomatologie devine atât de extinsă încât persoana va evita orice stimuli legaţi de traumă trăind reacţiile sale ca într-o stare de amorţeală. Hiperactivarea cronică interferează cu funcţionarea de zi cu zi având un efect de epuizare pentru subiectul în cauză şi producând astfel un impact negativ asupra sănătăţii fizice (Resick & Calhoun, 2001).

În DSM-5, ce a fost publicat în mai 2013, tulburarea de stres posttraumatic este clasificată ca făcând parte din tulburările legate de traumă şi stres, fiind descrisă prin intermediul unui număr de criterii care au fost revizuite şi îmbunătăţite ca şi conţinut. Spre exemplu criteriul A este acum aplicabil adulţilor, adolescenţilor şi copiilor cu vârste de peste 6 ani (subliniindu-se faptul că există separat clasificată o tulburare de stres posttraumatic pentru copii în vârstă de 6 ani

sau mai mici) conţinutul acestuia referindu-se la expunerea şi ameninţarea cu moartea, cauzarea de leziuni sau violenţa sexuală.

O serie de itemi care aparţin criteriului B ce face referire la simptomele intruzive au fost rescrişi pentru a li se adaugă o serie de argumente care au legătură cu dezvoltarea etapizată a copiilor şi adolescenţilor.

În ultimii ani, tulburarea de stres posttraumatic a fost acceptată ca diagnostic psihiatric şi, din acel moment, a crescut interesul specialiştilor pentru hipnoză ca modalitate eficientă de terapie a acesteia.

2. Intervenţia hipnoterapeutică în sindromul de stres posttraumatic

Generic, intervenţiile psihoterapeutice pot include astfel o serie de componente de bază care nu sunt în mod necesar subsumate unei anume forme de psihoterapie ci mai curând principiului de funcţionabilitate, şi totodată obiectivelor instituite în cadrul ameliorării simptomatologiei specifice tulburării de stres posttraumatic.

Scurfield (1985) identifică o serie de cinci chei care pot fi utilizate în tratamentul sindromului de stres posttraumatic, acestea fiind următoarele:

Stabilirea relaţiei terapeutice. Reprezintă *de facto* cea mai importantă parte din orice terapie şi face referire în primul rând la construirea încrederii în cadrul diadei client- psihoterapeut şi într-o manieră generală la modul de partajare a acesteia (Fine, Forth, Gilbert, & Haley, 1991).

Asimilarea materialului traumatic poate avea loc doar într-un mediu (cadru) în care clientul se simte securizat şi mai ales susţinut (Catherall, 1995). De asemenea clientul trebuie să se simtă acceptat şi respectat de către terapeut. Mai mult, clientul având de împărtăşit probleme extrem de spinoase are nevoie să ştie că poate face acest lucru fără teama de a simţi respingere, persecuţie sau etichetare din partea psihoterapeutului.

Este important ca terapeutul să poată fi de asemenea capabil să conţină proiecţia sentimentelor cu care vin clienţii în psihoterapie, dintre acestea dominante fiind cele de furie şi mânie raportate la trăirile indivizilor legate de acele experienţe, sentimente pe care supravieţuitorii unei traume le poartă într-o mare măsură cu ei.

În termeni structurali, intervenţia psihoterapeutică se axează pe crearea de stabilitate şi pe construcţia unui spaţiu destinat reorganizării şi reconstrucţiei (Benyakar et al., 1989).

Modul în care terapeutul este perceput de către client şi implicarea ulterioară în terapie s-au dovedit a fi unii dintre cei mai importanţi predictori în ceea ce priveşte rezultatele obţinute de către victimele care au trăit evenimente traumatice grave (Steiner, Garcia, & Matthews, 1997).

Psihoeducaţia. Este esenţial în a oferi clientului informaţii adecvate despre reacţiile la stresul posttraumatic şi procesul de recuperare, cât şi a sublinia faptul că un rezultat de succes este foarte probabil (Geracioti et al., 2008). Acest lucru este

deosebit de important în special pentru persoanele cu tulburare de stres posttraumatic care prezintă în mod predominant plângeri fizice (McFarlane, 1987). Folosind mijloacele specific psihoeducației psihoterapeutul poate normalize în acest fel experiențele clientului.

Cele mai importante aspecte pe care travaliul psihoterapeutic de această natură se concentrează includ: o explicație clară a ceea ce se întâmplă cu pacientul; la ce se poate aştepta acesta în viitor; sublinierea faptului că uneori recuperarea poate fi precedată de o creştere a distresului (Scurfield, 1985). Este adesea necesar ca pacientul să lucreze împreună cu terapeutul pentru separarea simptomelor intruzive şi a amintirilor dureroase legate de eveniment, de prezența şi dezvoltarea sentimentelor de pierdere şi doliu (Shaw, McFarlane, & Bookless, 1997).

Totodată este important să se discute cu clientul faptul că unele simptome s-ar putea să nu se bucure de rezolvare, ca urmare a modificărilor ireversibile derulate în sistemul conceptual odată cu trăirea traumei, dar că schimbările pot fi pozitive în direcția ameliorării suferinței şi ulterior dezvoltării unei stări mai bune din punct de vedere psihologic. Colaborarea şi discuțiile formează astfel fundamentul unei intervenții de explorare, la care pot fi adăugate resursele anterioare ale clientului care sunt reprezentate de strategiile de coping şi de modul în care acestea pot fi utilizate şi dezvoltate.

Alcătuirea unui program psihoterapeutic de scurtă durată, având ca element central ***hipnoza clinică*** se dovedeşte eficient în cazul acestor tulburări.

Programul poate include următoarele tehnici: respirația controlată, relaxarea musculară, transa hipnotică, tehnica imaginației dirijate realizată în hipnoză, jocul de rol, restructurarea cognitivă, tehnica stopării gândurilor şi tehnica dialogului socratic dirijat spre descoperire.

Corpusul teoretic ce stă la baza utilizării hipnozei în raport cu trauma este variat. Spiegel (1990) spre exemplu susținea faptul că hipnoza are eficiență în tratamentul traumei din două motive, primul fiind acela că tehnica în sine, care de altfel se constituie ca şi experiență disociativă indusă în mod artificial ce se dovedeşte a fi eficientă în raport cu trauma şi fenomenele de flashback; cel de al doilea se adresa utilizării hipnozei ca metodă de facilitare a readucerii în memorie a amintirilor care nu pot fi accesate de mintea inconştientă a persoanelor traumatizate la un anumit moment.

Totodată în literatura de specialitate (Helzer, Robins, & McEvoy, 1987) a fost constatată existența unei serii de analogii între simptomele specifice sindromului de stres posttraumatic şi particularitățile fenomenului hipnotic, cum ar fi:

- disocierea între corp şi psihic şi între eveniment şi starea afectivă care îl însoţeşte;
- fenomenul de focalizare a atenției asupra unui element, urmată de scăderea receptivității față de alți stimuli din mediul înconjurător;
- accentuarea sugestibilității, fapt ce îi determină pe subiecți să devină mai puțin critici şi mai receptivi la influențele exercitate din exterior.

Utilizarea hipnozei ca formulă de tratament pentru distresul rezultat în urma trăirii unei traume are rădăcini freudiene. În principal Freud folosea procedeul hipnotic pentru a produce abreacţie şi catharsis, ambele necesare în rezolvarea conflictului psihologic (Spiegel, 1990). Rezultatele înregistrate într-o serie de studii au arătat faptul că există o asociere semnificativă între simptomele întâlnite în tulburarea de stres posttraumatic şi existenţa raportată sau autoevaluată a unui nivel înalt de sugestibilitate şi hipnoză pentru respondenţi (Frischholz et al., 1992; Spiegel, Hunt, & Dondershine, 1988).

Într-un studiu din 1985 Stuntman şi Bliss (1985) identificând la rândul lor o corelaţie semnificativă între sugestibilitate şi simptomatologia tulburării de stres posttraumatic, au sugerat că persoanele care suferă de această tulburare se transpun într-o stare de autohipnoză în momentul în care retrăiesc evenimentul. Astfel aceşti autori au reîntărit faptul că pentru unii dintre pacienţii cu tulburare de stres posttraumatic hipnoza poate reprezenta o abordare ideală de tratament, în măsura în care aceştia practic posedă abilităţile specifice tehnicii hipnoterapeutice.

Principiul care stă la baza utilizării hipnozei în terapia pacienţilor traumatizaţi constă în inducerea unui acces controlat la amintirile traumatice, precum şi în ajutarea acestora să-şi controleze emoţiile şi reacţiile fiziologice puternice ce însoţesc evocarea amintirilor respective. Aşa cum arătam mai sus focalizarea atenţiei în timpul hipnozei poate fi aplicată pentru a-i ajuta pe pacienţi să depăşească reacţiile de doliu şi să-şi revizuiască amintirile dintr-o nouă perspectivă.

Regresia la traumă. Având o importanţă centrală în tratamentul tulburării de stres posttraumatic, procesul de facilitare care se adresează reconfruntării şi/sau amintirii traumei se poate desfăşura în cadrul cognitiv-comportamental "aici şi acum". Tehnicile comportamentale şi hipnoza (Spiegel, 1990) sunt de o valoare deosebită în această etapă. Procesul de reexperimentare sau de retrăire a evenimentului traumatic necesită o ghidare treptată, astfel încât experienţele clientului să fie reluate în "doze tolerabile de conştientizare" (Scurfield, 1985), pentru a preveni negarea şi simptomele intruzive traumatice severe. Administrarea acestor procedee cere din partea psihoterapeutului o mare sensibilitate de lucru altfel încât "tratamentul să poată deveni doar o retrăire şi nu o instalare de coşmaruri" (Horowitz, 1990).

Integrarea. Etapa finală de recuperare implică integrarea tuturor aspectelor experienţei traumatice în modelele şi schemele de bază ale clientului, acest lucru realizându-se însă cu atenţie şi empatie din partea terapeutului (Horowitz, 1990). Aspectele importante ale acestei etape sunt pe de o parte redefinirea pozitivă şi realistă a incidentului, iar pe de alta reconstruirea de "presupuneri spulberate" (Janoff-Bulman, 1985). Probleme legate de vină sunt esenţiale în această etapă, în special dacă pacientul a fost implicat ca agent direct în incident (Jones, & Barlow, 1990). Justificarea acţiunilor în aceste situaţii se sugerează a fi contraproductivă, astfel că travaliul prin intermediul unei astfel de "dureri morale" este esenţial (Mann, & Neece, 1990).

3. Modelul strategiilor cognitive-comportamentale în tulburarea de stres posttraumatic

Prezentăm mai jos alte strategii terapeutice utilizate în cazul tulburării de stres posttraumatice, dintre care se detaşează:

a) Ascultarea clientului şi facilitarea descărcării emoţionale (catharsis).

b) Confruntarea cu situaţia psihotraumatizantă. Se utilizează mai ales în cazul clienţilor care fie refuză să vorbească despre problemele lor, fie în situaţia celor ce declanşează mecanisme de apărare de tipul negării sau în cazul celor care adoptă modalităţi variate de evitare.

c) Furnizarea de informaţii, sugestii, îndrumări (psihoeducaţie).

d) Tehnica respiraţiei controlate – în care se utilizează respiraţia abdominală (diafragmatică), inspirată din tehnicile Hatha-Yoga, pe ritm 4 inspiraţie şi 4 expiraţie. Experienţa noastră clinică (Holdevici şi Vasilescu, 1988) a evidenţiat faptul că treptat se poate mări durata expiraţiei, fapt ce are efect relaxant asupra pacienţilor ajungându-se la ritmul ½ (inspiraţie 1 sau multipli, expiraţie 2 sau multipli). Terapeutul va demonstra modul de realizare a exerciţiilor în timpul şedinţei de psihoterapie, va lucra cu pacienţii în cabinet, apoi va trasa ca sarcină pentru acasă efectuarea acestora.

e) Relaxarea musculară şi/sau hipnoza. Mulţi autorii recomandă utilizarea relaxării musculare Jacobson şi a variantelor acesteia (Marks, Lovell, Noshirvani, Livanou, & Thrasher, 1998). În studiile noastre am constatat faptul că la pacientele din ţara noastră se obţin rezultate superioare în urma aplicării ciclului inferior al antrenamentului autogen Schultz, respectiv exerciţiile de greutate, căldură şi destindere generală (Holdevici, 2000). Stapleton, Taylor şi Asmundson (2006) au înregistrat rezultate care au arătat o diminuare a stărilor de furie şi mânie trăite de către pacienţii cu tulburare de stres posttraumatic după training-urile de relaxare. Într-un alt studiu cercetătorii (Taylor et al., 2003) sugerau că acest tip de intervenţie, constituit din relaxare cât şi aplicarea procedeelor hipnoterapeutice au un efect semnificativ în reducerea hiperactivării neurofiziologice, ceea ce conduce la reducerea distresului pentru pacienţi şi facilitează o următoare etapă precum cea de expunere pentru aceştia. Ca şi în cazul exerciţiilor de respiraţie, pacienţii vor învăţa şi vor exersa relaxarea la început împreună cu psihoterapeutul în cabinet şi apoi vor putea lucra independent.

f) Tehnica imaginaţiei dirijate în stare de transă hipnotică. Pacienţii aflaţi în stare de relaxare musculară sau transă vor trebui să-şi imagineze o situaţie generatoare de anxietate şi apoi să se vadă pe ei înşişi făcând faţă cu bine situaţiei respective. Această modalitate implică însă existenţa unei alianţe terapeutice solide

care să permită pacienților o astfel de abordare de o profunzime aparte ce poate avea rezultate benefice destul de rapide (Holdevici, Crăciun, 2013).

g) Restructurarea cognitivă. Psihoterapia cognitivă ajută la restructurarea convingerilor negative în cazul pacienților diagnosticați cu tulburare de stres post traumatic, acestea fiind construite în jurul ideilor că lumea este foarte periculoasă și nesigură sau că ei sunt persoane incompetente, inadecvate. Intervenția terapeutică va avea drept obiectiv identificarea și înlocuirea gândurilor și convingerilor negative disfuncționale, fapt ce permite ulterior revizuirea amintirilor dintr-o nouă perspectivă, în urma restructurării cognitive.

O modalitate corectă de abordare ar fi aceea în care trauma este recunoscută ca atare, dar este redefinită într-o manieră adaptativă ca în exemplul următor: *„Am trecut printr-o experiență îngrozitoare, însă am fost suficient de puternic pentru a supraviețui*".

h) Tehnica stopării gândurilor. Obiectivul acestei tehnici constă în stoparea afirmațiilor și imaginilor obsesive dezadaptative. La început, pacientul va fi solicitat să-și imagineze și să se gândească la stimulii anxiogeni, după care terapeutul îl va întrerupe spunând: "Stop!". Apoi pacientul va realiza exercițiul singur, la început cu voce tare, iar ulterior în limbaj interior. Gândurile negative dezadaptative, sau convingerile negative centrale care necesită oprirea și schimbarea sunt de tipul următor: „Sunt o ființă ratată"; „A fost greșeala mea".

i) Tehnica dialogului dirijat. Metoda constă în identificarea cognițiilor cu conținut dezadaptativ și substituirea lor cu unele adaptative. Etapele care necesită o parcurgere pas cu pas sunt următoarele (Muran & DiGiuseppe, 2000):

- faza de pregătire: identificarea problemei și evaluarea consecințelor ei negative;
- faza de confruntare: fragmentarea obiectivului în pași mici care pot fi parcurși;
- faza de management al anxietății: imaginarea anxietății ca fiind temporară și controlabilă;
- faza de întărire: autocomenzi cu conținut pozitiv după realizarea acțiunii.

În acest sens această tehnică își are un bine meritat loc, aplicarea ei permițând pacientului înțelegerea și identificarea reacțiilor trăite în urma derulării experienței traumatice.

Cu toate acestea se poate constata faptul că mecanismele de schimbare, altfel spus principalii factori de schimbare din spatele eficienței rezultatelor care se obțin în urma aplicării psihoterapiei cognitiv-comportamentale pentru tulburarea de stres posttraumatic nu sunt încă înțelese în totalitate. Din perspectivă teoretică, parte din distorsiunile cognitive ce sunt reperate în tulburarea de stres posttraumatic, se formează în funcție de natura experienței traumatizante și mai ales în raport cu starea psihologică a persoanei.

Așa cum arătam în rândurile anterioare, distorsiunile cognitive comune includ: catastrofizarea - sau perceperea lumii ca fiind periculoasă; gândirea

negativă reflectată prin gradul de neputință şi/sau inadecvare al individului; şi autoblamarea sau vinovăţia cu privire la rezultatele care nu au putut fi prevenite (Friedman, 2006). Mulţi dintre supravieţuitorii unor experienţe traumatice se simt vinovaţi, gândindu-se că ar fi putut face mai mult pentru a limita daunele, sau pentru a preveni un prejudiciu important ori decesul celor apropiaţi şi dragi (Kar & Bastia, 2006). Rezultatele unui studiu din 2004 derulat de Christensen, Cohan şi Stein au indicat, de asemenea, că stresul posttraumatic este asociat cu convingerile negative despre sine, care pot influenţa la rândul lor stima de sine şi relaţiile interpersonale în mod decisiv.

Terapia cognitivă se bazează pe un fundament teoretic care susţine importanţa percepţiei oamenilor în legătură cu gândurile ce le definesc faptele care se petrec în jurul lor şi mai ales felul în acest complex ideativ le afectează comportamentele. În acest sens eşafodajul intervenţiilor cognitiv-comportamentale se construieşte în mod raţional în două direcţii, astfel pe de o parte există adresabilitatea faţă de problemele legate de lipsa de control ce apare odată cu trăirea unei experienţe traumatizante de către o persoană, iar pe de altă parte imprevizibilitatea traumei ce este trăită de către victima situaţiilor amintite.

O serie de studii recente arată că la momentul procesării evenimentelor traumatice există din partea subiecţilor un angajament emoţional ce rezonează cu memoria traumei, cu organizarea naraţiunii traumei, dar şi cu posibilitatea de a schimba cogniţiile disfuncţionale care urmează adesea trauma (Foa, Hembree et al., 2005).

Rescrierea cu ajutorul imageriei, ca tehnică ce este folosită în cadrul intervenţiilor cognitiv-comportamentale este o tehnică ce îi ajută pe pacienţi să se confrunte cu imaginile dureroase şi supărătoare. Într-un studiu care explorează modul în care tehnicile de rescriere cu ajutorul imageriei sunt percepute de către subiecţii ce au o tulburare de stres posttraumatic rezultatele au sugerat ca acesta nu pare să fie esenţial pentru reducerea simptomelor, dar că poate promova procesarea conceptuală, care, în sine, reprezintă un factor de prognostic mai bun în ceea ce priveşte tratamentul acestei patologii (Kindt, Buck, Arntz, & Soeter, 2007).

Un alt model care ţine de ramura cognitivă este cel propus de Epstein (1991) care sugerează că oamenii îşi creează o "teorie personală a realităţii", care menţine un nivel pozitiv pentru stima de sine, precum şi echilibrul dintre durere şi plăcere. În general, această structură se dezvoltă printr-un proces de asimilare şi aşezare, dar în faţa traumei, victima ar putea fi în imposibilitatea de a integra experienţa în cadrul acestei teorii a realităţii. Astfel mai mulţi autori avansează ipoteza conform căreia tulburarea de stres posttraumatic apare atunci când convingerile centrale sau ipotezele despre viaţă sunt practic spulberate de apariţia evenimentului traumatic (Janoff-Bulman, 1985). Cercetările au arătat astfel importanţa evaluării cognitive în dezvoltarea tulburării de stres posttraumatic.

Resnick, Kilpatrick şi colaboratorii lor (1993) au demonstrat că printre victimele recente ale violurilor şi crimelor relaţia între severitatea atacului şi severitatea sindromului de stres posttraumatic a fost mediată de percepţia ameninţărilor legate de pierderea vieţii. Modelele de evaluare cognitivă subliniază importanţa sensului personal în dezvoltarea tulburării de stres posttraumatic şi sunt

complementare cu sistemul de prelucrare a informaţiilor cât şi cu teoriile psihodinamice (Breslau, 2001). Aceste modele asigură astfel instituirea unor etape clare de lucru astfel că punctele de concentrare în demersul terapeutic sunt canalizate pe reconstruirea sinelui individual până la reconstruirea percepţiei oamenilor asupra lumii înconjurătoare.

În încercarea de a oferi un model complex cu nuanţe integrative, Peterson et al. (1991) au propus un model ecosistemic pentru stresul posttraumatic. Incluzând în acest model aspecte legate de teoria învăţării cât şi pe cele legate de modelarea cibernetică (Perkonigg et al., 2000), autorul citat susţine că aceasta este în esenţă, de fapt o extindere a modelului psihosocial (Green et al., 1992), unde prelucrarea cognitivă posttraumatică se presupune că este determinată de caracteristicile individuale ale persoanei (victimei) cât şi de cele ale traumei. Astfel cu cât este mai mare severitatea incidentului, cu atât este mai mare gradul de condiţionare clasică faţă de frică, iar subiectul se va angaja în comportamente de evitare instrumentale reflectate mai ales prin utilizarea mecanismelor de apărare (defense). Acest fapt la rândul său, limitează cantitatea de informaţii care este disponibilă pentru prelucrare şi integrare. Succesul procesului de integrare depinde nu numai de măsura în care credinţele şi convingerile persoanei în cauză sunt provocate în cadrul travaliului psihoterapeutic ci şi de personalitatea pretraumatică a subiectului cât şi de stilurile acestuia de adaptare.

O serie de factori ce sunt consideraţi a avea un rol protectiv pentru o persoană care a dezvoltat stres posttraumatic şi care sunt de obicei utilizaţi *după* expunerea la traumă vor include auto-monitorizarea şi folosirea strategiilor pozitive de adaptare, ce sunt axate pe găsirea de sens şi pe recâştigarea resurselor de încredere personale (Solomon, Gerrity, & Muff, 1992; Ursano et al., 1995).

Invers, unii dintre factorii de risc pentru dezvoltarea tulburării de stres posttraumatic includ:

- prezenţa unei tulburări psihiatrice anterioare (Davidson, Kudler, Smith et al., 1990);
- istoria existenţei unui nivel ridicat de stres în copilărie şi a problemelor de comportament (Aaron, Zaglul, & Emery, 1999);
- percepţia existenţei ameninţărilor (Resnick, Kilpatrick etal., 1993);
- valori înalte ale expunerii la traumă (McFarlane, 1988);
- înregistrarea unui nivel ridicat al stresului post-incident sau izolare socială (Feinstein & Dolan, 1991; Wilson & Krauss, 1985);
- evitare cognitivă sau negare (McFarlane, 1988).

Spre exemplu o serie de studii arată că femeile care au suferit traume sexuale îşi autoevaluează simptomele fizice ca fiind aflate la cote ridicate ce necesită o intervenţie medicală şi că per total starea lor generală de sănătate se află la cote scăzute (Koss, 1993; Goodman, Koss et al., 1993). Într-o cercetare care a avut loc 2002, Koss, Figueredo şi Prince au constatat astfel că femeile care au fost victime ale violurilor şi altor agresiuni sexuale apelează la serviciile de sănătate de două ori mai frecvent în termen de un an, astfel că utilizarea acestor servicii de sănătate în sistem ambulatoriu produce costuri de două ori si jumătate mai mari în raport cu frecvenţa vizitelor la medic pe care le fac femeile care nu au fost victime ale unor

astfel de experienţe traumatizante. Kimerling, Clum & Wolfe (2000) au constatat că grupul de simptome de hiperactivare neurofiziologică poate fi un bun element de predictivitate autoevaluat de către paciente în ceea ce priveşte auto-raportarea unei sănătăţi precară. Autorii citaţi mai sugerează astfel că pacientele asociază răspunsurile cardiovasculare cu simptomatologia de hiperactivare şi cu starea de sănătate nesatisfăcătoare.

În acest context (prezenţa violului şi a altor agresiuni sexuale asupra femeilor) se pare că au fost identificate două mecanisme de schimbare care pot constitui baza unei intervenţii eficiente în tulburarea de stres posttraumatic (Resick et al., 2008). Primul mecanism se adresează utilizării tehnicii expunerii repetate pentru paciente, astfel fiind înlesnită procesarea emoţională a amintirilor traumatice. Al doilea mecanism este instituit odată cu direcţia schimbării sensului evenimentului traumatic.

4. Exemplificarea unei intervenţii cognitive-comportamentale de scurtă durată în situaţia de stres posttraumatic

Vom prezenta în continuare un program de psihoterapie scurtă care cuprinde un număr de cinci şedinţe şi care a fost aplicat cu succes pe paciente din România (2010-2013) ce aveau ca istoric cazuri de viol şi agresiune fizică şi în care a fost utilizat ca element central hipnoza clinică:

5.1. Formarea alianţei psihoterapeutice

În cazul clienţilor aflaţi în situaţii de criză sau care suferă de sindromul posttraumatic de stres, alianţa terapeutică trebuie să se realizeze foarte rapid, construirea acesteia bazându-se foarte mult pe nivelul relativ ridicat al receptibilităţii acestor subiecţi care sunt deschişi să accepte ajutorul.

Terapeutul va adopta o atitudine suportivă şi empatică dar, în acelaşi timp va fi mai activ şi mai direct. Demersul terapeutic este unul focalizat pe situaţia prezentă şi mai puţin pe experienţele trecute.

5.2. Verbalizarea şi dialogul dirijat

Clienţilor li se sugerează să vorbească deschis despre cele întâmplate, terapeutul încurajând descărcarea afectivă şi, în acelaşi timp culegând informaţii cu privire la mediul în care persoana îşi desfăşoară existenţa. O atenţie deosebită va fi acordată clienţilor care se jenează să vorbească despre problemele lor şi care resimt puternice sentimente de culpabilitate, aşa cum se întâmplă în cazul victimelor unor violuri.

5.3. Inducţia hipnotică, adâncirea transei şi regresia la momentul producerii evenimentului psihotraumatizant

În situaţia subiecţilor care suferă de sindrom posttraumatic de stres, nu este necesară testarea nivelului de hipnotizabilitate deoarece aceştia se află deja într-o stare de disociere care facilitează transa. Dacă nivelul sugestibilităţii este mai scăzut se va aplica o tehnică de relaxare cu o pseudoregresie de vârstă.

În transa hipnotică se utilizează tehnica ecranului mental a lui Spiegel (1993), tehnică ce presupune ca în stare de transă, subiecţii să vizualizeze un ecran de televizor pe care se desfăşoară evenimentul traumatizant, în timp ce aceştia, aflat într-o stare de disociere intrapsihică, privesc ca spectatori desfăşurarea evenimentelor.

5.4. Modificarea amintirilor

Aflaţi în transă, după ce au realizat catharsis-ul prin retrăirea evenimentului psihotraumatizant, clienţii vor fi dirijaţi de către terapeut să modifice în plan mental finalul acestuia într-o direcţie constructivă ("Aţi făcut faţă cât se poate de bine situaţiei").

5.5. Restructurarea cognitivă

Clienţii vor fi îndrumaţi să acorde o semnificaţie pe cât posibil pozitivă evenimentelor psihotraumatizante ("A fost o încercare pe care aţi reuşit să o depăşiţi").

5.6. Ritualurile psihoterapeutice

În practica noastră clinică am utilizat mai ales ritualurile de purificare şi iertare a agresorului, ritualuri care au fost prescrise ca sarcini pentru acasă.

5.7. Însuşirea unor tehnici elementare de autoreglare psihică

În cadrul ultimei şedinţe de psihoterapie clienţii au învăţat o tehnică elementară de relaxare şi de autoreglare psihică. Au fost utilizate exerciţiile de greutate, căldură şi destindere generală din cadrul antrenamentului autogen al lui Schultz.

Clienţii şi-a însuşit şi un exerciţiu de gimnastică respiratorie cu autosugestii specifice. Aceştia au fost instruiţi să practice respiraţia abdominală pe ritm 1 (inspiraţie) - 2 (expiraţie) sau multiplii, cu sugestii de tipul: "Inspir curaj, dau afară teama din mine" sau "Inspir calm, expir agitaţie, furie".

S-a recomandat subiecţilor să practice aceste exerciţii acasă, o dată pe zi sau la nevoie (mai ales exerciţiile de gimnastică respiratorie). În finalul demersului terapeutic au fost cultivate reţelele de suport social (grupuri de suport) şi s-a recomandat clienţilor să identifice şi să se implice în activităţi care i-ar putea atrage şi motiva.

5. Studiile validate ştiinţific privind sindromul de stres posttraumatic

Multe dintre datele din cadrul studiilor validate ştiinţific ştiinţifice au prezentat rezultate care descriau faptul că atunci când hiperactivarea fiziologică atinge niveluri înalte realizarea obiectivelor terapeutice se pare că întâmpină dificultăţi importante. Foa, Steketee & Rothbaum (1989) propuneau astfel ca simptomul de hiperactivare fiziologică să fie considerat un marker-cheie în eficacitatea intervenţiei terapeutice.

În alte studii Pitman et al. (1996) au constatat înregistrarea unor rezultate care sugerau că răspunsurile fiziologice reduse la stimulii legaţi de traume identificaţi atât în cadrul şedinţei cât şi cei monitorizaţi între întâlniri pot predicţiona reinstalarea unor stări clinice mai bune.

Blanchard şi colaboratorii (1996) subliniază de asemenea valoarea predictivă în măsurarea răspunsurilor psihofiziologice de-a lungul tratamentului.

Pentru a înţelege importanţa atenuării simptomatologiei de hiperactivare neurofiziologică, a diminuării procesului de evitare şi al intruzivităţii este necesar să fie înregistrat şi monitorizat rolul pe fiecare simptom îl are în dezvoltarea şi întreţinerea tulburării de stres posttraumatic cât şi modul în care aceste simptome interferă cu scopurile terapeutice.

Astfel unul dintre cele mai frecvent raportate simptome este cel de insomnie, fiind semnalat în proporţie de 7 % de către pacienţii care îndeplinesc criteriile unei tulburări de stres posttraumatic (Ohayon & Shapiro, 2000). Kobayashi, Boarts şi Delahanty (2007) au efectuat o meta-analiză a problematicilor legate de somn în tulburarea de stres posttraumatic şi au găsit o corelaţie pozitivă între nivelul de hiperactivare neurofiziologic şi somnul paradoxal (REM). Tulburarea de stres posttraumatic a mai fost asociată cu de asemenea cu perioade de întrerupere ale somnului REM datorită tresăririlor frecvente (Breslau et al., 2004). Astfel s-a mai constatat în unele studii că creşterea duratei somnului paradoxal (REM) după traumă poate servi unui scop de adaptare, în timp ce întreruperile dese ale acestei perioade de somn pot conduce la compromiterea acestei funcţii (Mellman, Pigeon, Nowell, & Nolan, 2007) .

Un alt simptom care se detaşează cu pregnanţă este cel de furie, fapt ce face ca identificarea acestuia să devină un bun predictor în dezvoltarea tulburării de stres posttraumatic (Riggs, Dancu, Gershuny, Greenberg, & Foa, 1992) acesta fiind puternic corelat cu severitatea patologiei identificate (Orth, & Maercker, 2009). În studiul din 1992 Riggs et al. (1992) sugerează că furia evaluată la cote înalte de către subiecţi poate interfera cu modificarea memoriei traumatice prin inhibarea răspunsurilor în ceea ce priveşte frica. Autorii avansează aici ipoteză că această inhibare permite individului să continue evitarea retrăirii evenimentului traumatic, prin refuzul confruntării cu orice indicii provocatoare de anxietate, astfel pierzându-se oportunitatea de a identifica frica şi a schimba răspunsurile la declanşatorii traumatici. În schimb, într-un alt studiu longitudinal al relaţiei dintre simptomele tulburării de stres posttraumatic şi furie, Orth et al. (2008) au constatat că simptomele tulburării contribuie la menţinerea acesteia şi nu invers.

6. Eficienţa abordării cognitiv-comportamentale din perspectiva practicii validate ştiinţific

Rezultatele numeroaselor studii privind tratamentul psihoterapeutic al tulburării de stres posttraumatic au susţinut în mod constant de-a lungul timpului eficienţa abordării cognitiv-comportamentale în diminuarea simptomelor specifice acestei afecţiuni, fapt ce nu este deloc unul surprinzător având în vedere cel puţin trei argumente principale.

În primul rând ar fi vorba despre existența unui suport teoretic puternic ce se află la baza conceptualizării tulburării de stres posttraumatic, regăsit în literatura de specialitate sub forma unor modele explicative de natură behavioristă, cognitivă, cognitiv-comportamentală sau social-cognitivă, în sprijinul cărora au fost aduse dovezi empirice semnificative (o trecere în revistă a acestor teorii poate fi regăsită în Cahill & Foa, 2007; Davis, 2009, pp. 8-11; Hembree & Foa, 2010 ș.a.).

În al doilea rând este important de precizat faptul că sub umbrela abordării cognitiv-comportamentale sunt incluse o multitudine de principii și tehnici ce pot fi aplicate cu succes în vederea ameliorării, tratării sau prevenirii unei game variate de probleme de natură psihologică și psihopatologică (Herbert & Forman, 2011). Astfel, diversele protocoale terapeutice cognitiv-comportamentale cuprind de regulă o varietate de strategii ce definesc în proporție mai mare una sau alta dintre terapiile de această factură, și vizează:

1) identificarea și modificarea cognițiilor disfuncționale specifice persoanelor cu această tulburare – terapia cognitivă;

2) utilizarea hipnozei clinice ca metodă de tratament adjuvantă, în măsura în care tehnicile hipnoterapeutice își aduc contribuția la schimbare în demersul psihoterapeutic, adresându-se de altfel unui larg panel de afecțiuni psihice și fizice dar și optimizării resurselor interioare ale clienților;

3) îmbunătățirea sau schimbarea modalității de a face față provocărilor și dificultăților inerente situațiilor traumatizante – terapia comportamentală dialectică;

4) reducerea răspunsului condiționat de teamă ce apare în prezența amintirilor traumatizante sau a stimulilor care le declanșează – expunerea prelungită;

5) favorizarea acceptării emoțiilor, cognițiilor și senzațiilor asociate cu evenimentul traumatizant, concomitent cu experimentarea plenară a acestora într-o manieră necritică – terapia bazată pe acceptare și angajament.

În al treilea rând, abordarea cognitiv-comportamentală este în general considerată a fi o variantă prioritară de tratament psihoterapeutic, fiind preferată de foarte mulți specialiști, ținând cont de faptul că este general recunoscută pentru dovezile empirice consistente ce vin în sprijinul eficienței sale (Epp & Dobson, 2010). În acord cu această afirmație, studiile privind utilitatea terapiilor de tip cognitiv-comportamental ce includ tehnici hipnoterapeutice în diminuarea simptomelor tulburării de stres posttraumatic au furnizat de asemenea în mod repetat rezultate semnificative în acest sens, ce pot fi considerate dovezi caracterizate de un grad ridicat de încredere.

Astfel, de exemplu Van Etten și Taylor (1998) au arătat prin intermediul unei meta-analize ce a inclus 61 de cercetări desfășurate între anii 1984 și 1997, faptul că tratamentele psihologice s-au soldat cu o diminuare mai accentuată a simptomelor specifice stresului posttraumatic, precum și cu o rată mai mică de abandon a terapiei, comparativ cu tratamentele medicamentoase. Mai mult decât atât, dintre multiplele tratamente psihologice avute în vedere (terapie comportamentală, terapie bazată pe reprocesare și desensibilizare prin mișcări oculare, hipnoterapie, relaxare, terapie psihodinamică), cele mai eficiente s-au

dovedit a fi terapia comportamentală, hipnoterapia şi cea bazată pe reprocesare şi desensibilizare prin mişcări oculare (Eye-Movement Desensitization and Reprocessing; EMDR).

În mod consistent, rezultatele unei meta-analize mai cuprinzătoare decât cea menţionată anterior, realizată de Bradely et al. (2005) pe baza unor studii derulate între anii 1980 şi 2003, pe eşantioane formate din persoane expuse la diferite tipuri de evenimente traumatizante (abuz sexual, abuz fizic, luptă, crimă, atac, traume mixte), au relevat faptul că mai mult de 67% dintre pacienţii care au urmat în întregime un tratament psihoterapeutic de scurtă durată de tip cognitiv-comportamental, nu au mai prezentat ulterior simptomele necesare pentru stabilirea diagnosticului de tulburare de stres posttraumatic.

De altfel, eficienţa abordării cognitiv-comportamentale în cazul persoanelor cu tulburare de stres posttraumatic a fost susţinută şi de dovezile substanţiale identificate de Butler et al. (2006) ca urmare a sistematizării datelor prezentate în cadrul celor mai relevante meta-analize pe această temă efectuate până la momentul respectiv. Cercetările incluse au vizat diverse populaţii de pacienţi cu tulburare de stres posttraumatic, ale căror simptome au fost comparate la încheierea terapiei cognitiv-comportamentale cu cele ale unor grupuri de control, mărimea efectului pentru diferenţele constatate fiind una importantă.

În concordanţă cu aceste rezultate se află şi cele corespunzătoare meta-analizei realizate de Bisson şi Andrew (2007) pe baza a 33 de studii de specialitate privind o serie de intervenţii psihologice precum terapia cognitiv-comportamentală centrată pe traumă, managementul stresului, terapia cognitiv-comportamentală de grup, terapia bazată pe desensibilizare si reprocesare prin mişcări oculare, precum şi alte forme de abordări terapeutice (terapie suportivă, terapie psihodinamică, consiliere non-directivă şi hipnoterapie), cele mai eficiente arătându-se a fi intervenţiile de tip cognitiv-comportamental centrate pe traumă.

În plus, concluzii similare au fost susţinute şi de o lucrare semnificativă ce aparţine lui Kar (2011), în cadrul căreia au fost sintetizate rezultatele a 58 de studii ce au presupus grupuri de control şi o distribuţie aleatorie a participanţilor. Astfel, pe baza analizării acestor studii se poate concluziona faptul că există dovezi semnificative relevante pentru eficienţa intervenţiei de tip cognitiv-comportamental aplicate fie în mod direct, fie prin intermediul internetului, în cazul adulţilor, copiilor şi adolescenţilor ce se confruntă cu simptome de stres posttraumatic, dar că, sub influenţa unor factori variaţi precum comorbiditatea sau specificul populaţiei investigate, este posibil ca procentul celor care să nu răspundă la acest gen de tratament să ajungă chiar şi la 50%. Totuşi, în ciuda acestor statistici, analizele de dată recentă, precum cea realizată de Bisson et al. (2013) pe baza unui număr de 70 de studii ce au inclus în total un număr de 4761 de participanţi, continuă să aducă indicii consistente cu rezultatele prezentate anterior, relevând faptul că simptomele de stres posttraumatic ale pacienţilor care au urmat programe terapeutice de tip congnitiv-comportamental, au fost ameliorate semnificativ în raport cu grupurile de control.

Pe lângă toate acestea, trebuie precizat şi faptul că în ultimul timp se observă o tendinţă tot mai accentuată a specialiştilor de a lua în considerare în tratamentul

simptomelor de stres posttraumatic, şi o serie de tehnici bazate pe acceptare şi mindfulness. Astfel, se constată faptul că atât în lucrările teoretice, cât şi în cele de cercetare, terapiile de origine cognitiv-comportamentală al căror specific rezidă în acest gen de tehnici precum terapia comportamentală dialectică sau terapia bazată pe acceptare şi angajament, sunt recunoscute alături de cele clasice, pentru rezultatele pozitive semnificative în ceea ce priveşte ameliorarea simptomelor de stres posttraumatic (Cukor et al., 2009; Hembree & Foa, 2009).

*

* *

În concluzie, abordarea terapeutică de factură cognitiv-comportamentală ce include utilizarea hipnozei în tratamentul stresului posttraumatic oferă specialiştilor o formă viabilă de intervenţie ce constă într-o multitudine de tehnici şi proceduri ce s-au dovedit în general eficiente pe parcursul activităţii intense de cercetare la care au fost şi încă sunt supuse în mod consistent.

Bibliografie

Aaron, J., Zaglul, H., & Emery, R. E. (1999). Posttraumatic stress in children following acute physical injury. Journal of pediatric psychology, 24(4), 335-343.

Benyakar, M., Kutz, I., Dasberg, H., & Stern, M. J. (1989). The collapse of a structure: A structural approach to trauma. Journal of Traumatic Stress, 2(4), 431-449.

Berliner, L., & Saunders, B. E. (1996). Treating fear and anxiety in sexually abused children: Results of a controlled 2-year follow-up study. Child Maltreatment, 1(4), 294-309.

Bisson, J. & Andrew M. (2007). Psychological treatment of post-traumatic stress disorder (PTSD). Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 3.

Bisson, J.I., Roberts, N.P., Andrew, M., Cooper, R., & Lewis, C. (2013). Psychological therapies for chronic post-traumatic stress disorder (PTSD) in adults. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013, Issue 12.

Blanchard, E. B., Jones-Alexander, J., Buckley, T. C., & Forneris, C. A. (1996). Psychometric properties of the PTSD Checklist (PCL). Behaviour research and therapy, 34(8), 669-673.

Bradely, R., Greene, J., Russ, E., Dutra, L., & Westen, D.(2005). A multidimensional meta-analysis of psychotherapy for PTSD. American Journal of Psychiatry, 162(2), 214-227.

Breslau, N. (2001). Outcomes of posttraumatic stress disorder. Journal of Clinical Psychiatry, 62, 55-59.

Breslau, N., Peterson, E. L., Poisson, L. M., Schultz, L. R., & Lucia, V. C. (2004). Estimating post-traumatic stress disorder in the community: lifetime perspective and the impact of typical traumatic events. Psychological Medicine, 34(5), 889-898.

Butler, A. C., Chapman, J. E., Forman, E. M., Beck, A. T. (2006). The empirical status of cognitive-behavioral therapy: A review of meta-analyses. Clinical Psychology Review, 26, 17–31.

Cahill, S. P., & Foa, E.B. (2007). Psychological theories of PTSD. In M. J. Friedman, T . M. Keane & P. A. Resick (Eds.), Handbook of PTSD (p. 55-77). New York: The Guilfor Press.

Catherall, D. (1995). Preventing Institution a I Secondary Traumatic Stress Disorder. Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized, (23), 232.

Christensen, P.N., Cohan, S.L., Stein, M.B. (2004). The relationship between interpersonal perception and post-traumatic stress disorder-related functional impairment: A social relations model analysis. Cogn Behav Ther. 33(3):151–160.

Cukor, J., Spitalnick, J., Difede, J., Rizzo, A., & Rothbaum, B. O. (2009). Emerging treatments for PTSD, Clinical Psychology Review, 29(8), 715–726.

Davidson, J., Kudler, H., Smith, R., Mahorney, S. L., Lipper, S., Hammett, E. & Cavenar, J. O. (1990). Treatment of posttraumatic stress disorder with amitriptyline and placebo. Archives of General Psychiatry, 47(3), 259-266.

Davis, J. L. (2009). *Treating post-trauma nightmares: A cognitive behavioral approach.* New York: Springer Publishing Company.

Epp, A. M., & Dobson, K. S. (2010). The Evidence Base for cognitive-behavioral therapy. In K. S. Dobson (Ed.), Handbook of congnitive-behavioral therapies (3rd ed.) (p. 39-73). New York: The Guilford Press.

Epstein, S. (1991). Cognitive-experiential self-theory: An integrative theory of personality. The relational self: Theoretical convergences in psychoanalysis and social psychology, 111-137.
Ewing, C. P. (1990). Crisis intervention as brief psychotherapy. In Handbook of the brief psychotherapies (pp. 277-294). Springer US.
Feinstein, A., & Dolan, R. (1991). Predictors of post-traumatic stress disorder following physical trauma: an examination of the stressor criterion. *Psychol Med*, 21(1), 85-91.
Fine, S., Forth, A., Gilbert, M., & Haley, G. (1991). Group therapy for adolescent depressive disorder: A comparison of social skills and therapeutic support. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 30(1), 79-85.
Foa, E. B., Hembree, E. A., Cahill, S. P., Rauch, S. A., Riggs, D. S., Feeny, N. C., & Yadin, E. (2005). Randomized trial of prolonged exposure for posttraumatic stress disorder with and without cognitive restructuring: outcome at academic and community clinics. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(5), 953.
Foa, E. B., Steketee, G., & Rothbaum, B. O. (1989). Behavioral/cognitive conceptualizations of post-traumatic stress disorder. Behavior therapy, 20(2), 155-176.
Friedman, M. J. (2006). Posttraumatic stress disorder among military returnees from Afghanistan and Iraq. Am J Psychiatry. 163(4):586–593.
Frischholz, E. J., Braun, B. G., Sachs, R. G., Schwartz, D. R., Lewis, J., Shaeffer, D. & Pasquotto, J. (1992). Construct validity of the Dissociative Experiences Scale: II. Its relationship to hypnotizability. American Journal of Clinical Hypnosis, 35(2), 145-152.
Geracioti Jr, T. D., Baker, D. G., Kasckow, J. W., Strawn, J. R., Jeffrey Mulchahey, J., Dashevsky, B. A. & Ekhator, N. N. (2008). Effects of trauma-related audiovisual stimulation on cerebrospinal fluid norepinephrine and corticotropin-releasing hormone concentrations in post-traumatic stress disorder. Psychoneuroendocrinology, 33(4), 416-424.
Goodman, L. A., Koss, M. P., Fitzgerald, L. F., Russo, N. F., & Keita, G. P. (1993). Male violence against women: Current research and future directions. American Psychologist, 48(10), 1054.
Green, B. L., Lindy, J. D., Grace, M. C., & Leonard, A. C. (1992). Chronic posttraumatic stress disorder and diagnostic comorbidity in a disaster sample. The Journal of nervous and mental disease, 180(12), 760-766.
Helzer, J. E., Robins, L. N., & McEvoy, L. (1987). Post-traumatic stress disorder in the general population. New England Journal of Medicine, 317(26), 1630-1634.
Hembree, E.A., Foa, E.B. (2000). Posttraumatic stress disorder: Psychological factors and psychosocial interventions. J Clin Psychiatry. 61(Suppl 7):33–39.
Hembree, E. A., & Foa, E.B. (2007). Cognitive behavioral treatments for PTSD. In G. M. Rosen & B. C. Frueh (Eds.), Clinician's guide to posttraumatic stress disorder (p. 177-204). New Jersey: John Wiley & Sons.
Herbert, J. D., & Forman, E. M. (2011). The evolution of cognitive behavior therapy. The rise of psychological acceptance and mindfulness. In J. D. Herbert & E. M. Forman (Eds), Acceptance and mindfulness in cognitive behavior therapy.Understanding and applying the new therapies (p 3-25). New Jersey: John Wiley & Sons.
Holdevici, I., & Vasilescu, I. P. (1988). *Activitatea sportivă. Decizie, autoreglare, performanță*, Editura Sport-Turism, București.
Holdevici, I. (2000). Gândirea pozitivă. București: Dual Tech.
Holdevici, I., Crăciun, B. (2013). *Psihoterapia eficientă*. București: Editura Trei.
Horowitz, M. J. (1990). Stress, states, and person schemas. *Psychological Inquiry*, 1(1), 25-26.
Janoff-Bulman, R. (1985). The aftermath of victimization: Rebuilding shattered assumptions. Trauma and its wake. In C.R. Figley (Ed.), Trauma and Its Wake: The Study and Treatment of Posttraumatic Stress Disorder (pp. 15-35). New York: Brunner/Mazel.
Jones, J. C., & Barlow, D. H. (1990). The etiology of posttraumatic stress disorder. *Clinical Psychology Review*, 10(3), 299-328.
Kar, N. (2006). Psychosocial issues following a natural disaster in a developing country: A qualitative longitudinal observational study. Int J Disaster Med. 4:169-76.
Kar, N., & Bastia, B. K. (2006). Post-traumatic stress disorder, depression and generalised anxiety disorder in adolescents after a natural disaster: a study of comorbidity. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*, 2(1), 17.
Kar, N. (2011). Cognitive behavioral therapy for the treatment of post-traumatic stress disorder: a review. *Neuropsychiatric disease and treatment*, 7, 167-181.
Kindt, M., Buck, N., Arntz, A., & Soeter, M. (2007). Perceptual and conceptual processing as predictors of treatment outcome in PTSD. Journal of behavior therapy and experimental psychiatry, 38(4), 491-506.
Kimerling, R., Clum, G. A., & Wolfe, J. (2000). Relationships among trauma exposure, chronic posttraumatic stress disorder symptoms, and self-reported health in women: replication and extension. *Journal of Traumatic Stress*, 13(1), 115-128.

Kobayashi, I., Boarts, J. M., & Delahanty, D. L. (2007). Polysomnographically measured sleep abnormalities in PTSD: a meta-analytic review. *Psychophysiology*, 44(4), 660-669.
Kolassa, I. T., Ertl, V., Eckart, C., Glöckner, F., Kolassa, S., Papassotiropoulos, A. & Elbert, T. (2010). Association study of trauma load and SLC6A4 promoter polymorphism in posttraumatic stress disorder: evidence from survivors of the Rwandan genocide. Journal of Clinical Psychiatry, 71(5), 543.
Koss, M. P. (1993). Rape: Scope, impact, interventions, and public policy responses. *American Psychologist*, 48(10), 1062.
Koss, M. P., Figueredo, A. J., & Prince, R. J. (2002). Cognitive mediation of rape's mental, physical and social health impact: Tests of four models in cross-sectional data. *Journal of consulting and clinical psychology*, 70(4), 926.
Klein, B., Mitchell, J., Gilson, K., et al. (2009). A therapist-assisted Internet-based CBT intervention for posttraumatic stress disorder: Preliminary results. *Cogn Behav Ther.*;38(2):12–31.
Klein, B., Mitchell, J., Abbott, J., Shandley, K., Austin, D., Gilson, K. & Redman, T. (2010). A therapist-assisted cognitive behavior therapy internet intervention for posttraumatic stress disorder: pre-, post-and 3-month follow-up results from an open trial. *Journal of anxiety disorders*, 24(6), 635-644.
Mann, J. P., & Neece, J. (1990). Workers' compensation for law enforcement related post traumatic stress disorder. *Behavioral Sciences & the Law*, 8(4), 447-456.
Marks, I., Lovell, K., Noshirvani, H., Livanou, M., & Thrasher, S. (1998). Treatment of posttraumatic stress disorder by exposure and/or cognitive restructuring: A controlled study. Archives of general psychiatry, 55(4), 317-325.
McFarlane, A. C. (1987). Posttraumatic phenomena in a longitudinal study of children following a natural disaster. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 26(5), 764-769.
McFarlane, A. C. (1988). The aetiology of post-traumatic stress disorders following a natural disaster. The British *Journal of Psychiatry*, 152(1), 116-121.
Mellman, T. A., Pigeon, W. R., Nowell, P. D., & Nolan, B. (2007). Relationships between REM sleep findings and PTSD symptoms during the early aftermath of trauma. Journal of traumatic stress, 20(5), 893-901.
Mincu,C.L.(2008). Aplicații ale tehnicilor proiective în psihodiagnoza organizațională, În E. Avram (coord.). *Psihologia în organizațiile moderne,* Editura Universitară, București.
Muran, E., & DiGiuseppe, R. (2000). Rape trauma. Cognitive-behavioral strategies in crisis intervention, 150-165.
Ohayon, M. M., & Shapiro, C. M. (2000). Sleep disturbances and psychiatric disorders associated with posttraumatic stress disorder in the general population. *Comprehensive psychiatry*, 41(6), 469-478.
Orth, U., & Maercker, A. (2009). Posttraumatic anger in crime victims: Directed at the perpetrator and at the self. *Journal of Traumatic Stress*, 22(2), 158-161.
Orth, U., Cahill, S. P., Foa, E. B., & Maercker, A. (2008). Anger and posttraumatic stress disorder symptoms in crime victims: a longitudinal analysis. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 76(2), 208.
Perkonigg, A., Kessler, R. C., Storz, S., & Wittchen, H. U. (2000). Traumatic events and post-traumatic stress disorder in the community: prevalence, risk factors and comorbidity. *Acta psychiatrica scandinavica*, 101(1), 46-59.
Peterson, K. C., Prout, M. F., & Schwarz, R. A. (1991). Theoretical perspectives. In Post-Traumatic Stress Disorder (pp. 69-103). Springer US.
Pitman, R. K., Orr, S. P., Altman, B., Longpre, R. E., Poiré, R. E., & Macklin, M. L. (1996). Emotional processing during eye movement desensitization and reprocessing therapy of Vietnam veterans with chronic posttraumatic stress disorder. Comprehensive psychiatry, 37(6), 419-429.
Resick, P. A., & Calhoun, K. S. (2001). Posttraumatic stress disorder. In D.H. Barlow. (Ed.), Clinical Handbook of Psychological Disorders (pp.60-113). New York: The Guilford Press.
Resick, P. A., Galovski, T. E., Uhlmansiek, M. O. B., Scher, C. D., Clum, G. A., & Young-Xu, Y. (2008). A randomized clinical trial to dismantle components of cognitive processing therapy for posttraumatic stress disorder in female victims of interpersonal violence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76(2), 243.
Resnick, H. S., Kilpatrick, D. G., Dansky, B. S., Saunders, B. E., & Best, C. L. (1993). Prevalence of civilian trauma and posttraumatic stress disorder in a representative national sample of women. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61(6), 984.
Riggs, D. S., Dancu, C. V., Gershuny, B. S., Greenberg, D., & Foa, E. B. (1992). Anger and post-traumatic stress disorder in female crime victims. *Journal of Traumatic Stress*, 5(4), 613-625.
Roberts, A.R. (2000). An overview of crisis theory and crisis intervention. In A.R. Roberts, Crisis intervention handbook: Assessment, treatment, and research, 2. New York.
Scurfield, R. M. (1985). Post-trauma stress assessment and treatment: Overview and formulations. Trauma and its wake: The study and treatment of post-traumatic stress disorder, 219-256.
Shaw, K., McFarlane, A., & Bookless, C. (1997). The phenomenology of traumatic reactions to psychotic illness. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 185(7), 434-441.
Solomon, S. D., Gerrity, E. T., & Muff, A. M. (1992). Efficacy of treatments for posttraumatic stress disorder: An empirical review. *JAMA*, 268(5), 633-638.

Spiegel, D., Cardena, E. (1990). New uses of hypnosis in the treatment of posttraumatic stress disorder. J Clin Psychiatry. Oct;51 Suppl:39-43; discussion 44-6.

Spiegel, D. (1990). Hypnosis, dissociation, and trauma: Hidden and overt observers. In J. L. Singer (Ed.), Repression anddissociation: Implications for personality theory, psychopathology, and health, 121-142.

Spiegel, D., & Cardena, E. (1991). Disintegrated experience: The dissociative disorders revisited. Journal of abnormal psychology, 100(3), 366.

Spiegel, D., Hunt, T., & Dondershine, H. E. (1988). Dissociation and hypnotizability in posttraumatic stress disorder. *The American Journal of Psychiatry*. 145, 301-314.

Stapleton, J. A., Taylor, S., & Asmundson, G. J. (2006). Effects of three PTSD treatments on anger and guilt: Exposure therapy, eye movement desensitization and reprocessing, and relaxation training. *Journal of traumatic stress*, 19(1), 19-28.

Steiner, H., Garcia, I. G., & Matthews, Z. (1997). Posttraumatic stress disorder in incarcerated juvenile delinquents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 36(3), 357-365.

Stuntman, R.K., & Bliss, E.L. (1985). Posttraumatic stress disorder, hypnotizability and imagery. *American Journal of Psychiatry*, 142, 741–743.

Taylor, S., Thordarson, D. S., Maxfield, L., Fedoroff, I. C., Lovell, K., & Ogrodniczuk, J. (2003). Comparative efficacy, speed, and adverse effects of three PTSD treatments: Exposure therapy, EMDR, and relaxation training. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71(2), 330.

Ursano, R. J., Fullerton, C. S., Kao, T. C., & Bhartiya, V. R. (1995). Longitudinal assessment of posttraumatic stress disorder and depression after exposure to traumatic death. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 183(1), 36-42.

Van Etten, M. L., & Taylor, S. (1998). Comparative efficacy of treatments for post-traumatic stress disorder: A meta-analysis. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 5, 126-144.

Wilson, J. P., & Krauss, G. E. (1985). Predicting post-traumatic stress disorders among Vietnam veterans. Post-traumatic stress disorder and the war veteran patient, 102-147.

Yehuda, R., McFarlane, A., & Shalev, A. (1998). Predicting the development of posttraumatic stress disorder from the acute response to a traumatic event. *Biological Psychiatry*, 44(12), 1305-1313.

American Psychiatric Association (2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing. pp. 271–280.

ABORDAREA MULTIDIMENSIONALĂ A ADHD – DIAGNOZĂ ŞI INTERVENŢIE

Simona Maria Glăveanu

1. Introducere

În ultimii anii au fost realizate numeroase cercetări şi programe de intervenţie asupra Sindromului de Hiperactivitate şi Deficit de Atenţie (Attention Deficit and Hyperactivity Disorder – ADHD). ADHD este considerat o tulburare majoră în societatea actuală. Cu toate acestea, dacă analizăm istoricul afecţiunii, constatăm că a fost descrisă acum mai bine de 100 de ani (în 1902) de medicul pediatru britanic George Frederick Still (Monastra, 2011).

ADHD reprezintă o tulburare a copilăriei şi adolescenţei care, conform datelor oferite de American Psychiatric Association (2000), afectează între 3% şi 10% dintre copii (Stevens, 2000; Green şi Chee, 2009). Studiile au arătat că băieţii au o probabilitate de şase pînă la opt ori mai mare decât fetele de a avea ADHD (Buitelaar şi Van Engeland, 1996; Swanson et al., 1998). De asemenea, datele clinice au dovedit că între 20% şi 33% dintre copii cu ADHD au fraţi sau părinţi afectaţi de aceeaşi tulburare (Sagvolden, 1999; Stevens, 2000; Monastra, 2011).

Cercetările au indicat faptul că în România sunt afectaţi de ADHD între 3% şi 5% dintre copii de vârstă şcolară, iar între aceştia predomină băieţii (Iancu, 2007). Totuşi, realitatea din şcoli ne oferă indicii pentru a avansa ipoteza că numărul copiilor/adolescenţilor afectaţi de ADHD este mult mai mare, mulţi dintre aceştia nefiind diagnosticaţi ca atare, ci fiind încadraţi în categoria copiilor sau a adolescenţilor cu tulburări de comportament (conduită violentă), dificultăţi de învăţare (deficienţe intelectuale) sau care prezintă eşec şcolar.

Există controverse cu privire la modalitatea de abordare a ADHD, aceasta fiind considerată de numeroşi cercetători drept un sindrom psihiatric, cu geneză neurocerebrală, ce trebuie tratat prin medicaţie, în timp ce alţi autori o consideră o invenţie socială pentru a defini un comportament energic şi creativ al unui copil ce are părinţi şi profesori care nu-i pot face faţă, intervenţia trebuind a se realiza nu la nivelul copilului, ci la nivelul adulţilor implicaţi în educarea acestuia (Buitelaar *et al.*, 1995; Barkley, 1998). În sfârşit, o a treia categorie de autori recunoaşte importanţa îmbinării dintre cele două modalităţi de abordare pentru eficienţa intervenţiei în ADHD.

Dintr-o perspectivă psihoterapeutică, cercetarea ştiinţifică îşi propune să genereze soluţii validate ştiinţific la probleme precum: modalităţile specifice de coping, relaţia dintre dependenţa emoţional-relaţională şi sentimentul de singurătate, particularităţile psihologice ale singurătăţii resimţite de copil, la tineri, în viaţa de cuplu şi familie, etc. (Mincu & Theodorescu, 2013).

Vizând o abordare integratoare/multdimensională, în cele ce urmează va fi preluată perspectiva interacţionistă, în funcţie de care vor fi prezentate caracteristicile şi modalităţile de intervenţie în ADHD.

2. Caracteristicile şi diagnosticul ADHD

Manualul de Diagnostic şi Statistică al Tulburărilor Mentale (DSM-IV, American Psychiatric Association, 2000) indică cele două arii (neatenţie şi hiperactivitate/impulsivitate) şi oferă detalii comportamentale concrete pentru a facilita identificarea copiilor afectaţi de ADHD. În cadrul DSM-IV sunt descrise trei tipuri de ADHD:

- *tipul predominant neatent* (minim şase simptome din categoria neatenţiei, care persistă cel puţin 6 luni, dar fără simptome de hiperactivitate sau cu astfel de simptome manifestate rar şi cu intensitate redusă),

- *tipul predominant hiperactiv/impulsiv* (minim şase simptome din categoria hiperactivităţii şi impulsivităţii, care persistă cel puţin 6 luni, dar fără simptome de neatenţie sau cu astfel de simptome manifestate rar şi cu intensitate redusă) şi

- *tipul combinat* (minim şase simptome din cele două categorii, care persistă cel puţin 6 luni, la un nivel care indică o adaptare deficitară şi incompatibilă cu nivelul de dezvoltare).

Cu scopul unei descrieri cât mai exacte a conduitei copiilor cu ADHD şi al facilitării punerii diagnosticului vor fi prezentate ca atare criteriile DSM-IV:

Neatenţia:

(a) deseori nu acordă atenţie detaliilor sau greşeşte din neglijenţă la teme, la muncă sau în alte activităţi;

(b) îi este adesea dificil să se concentreze la sarcinile de lucru sau la joacă;

(c) în mod frecvent pare că nu ascultă când i se vorbeşte direct;

(d) adesea nu urmăreşte instrucţiunile şi nu îşi termină temele, treburile casnice sau alte obligaţii;

(e) are des dificultăţi în a-şi organiza sarcinile şi activităţile;

(f) frecvent evită, îi displace sau are reţineri să se implice în sarcini ce necesită un efort mental susţinut (cum ar fi activităţile şcolare sau temele);

(g) pierde adeseori materialele necesare unor sarcini sau activităţi (de exemplu jucării, teme, creioane, cărţi sau unelte);

(h) atenţia îi este distrasă frecvent şi foarte uşor de stimuli externi;

(i) este adesea uituc în ceea ce priveşte activităţile cotidiene.

Hiperactivitatea:

(a) îşi mişcă frecvent mâinile/picioarele sau se foieşte pe scaun;

(b) se ridică adesea de pe scaun în clasă sau în alte situaţii în care trebuie să stea aşezat;

(c) adeseori aleargă sau se caţără în situaţii în care acest lucru nu este adecvat (la adolescenţi şi adulţi se poate limita la sentimente subiective de agitaţie);

(d) are des dificultăţi în a se juca sau a participa la activităţi recreative în linişte;

(e) se află frecvent în continuă mişcare;

(f) adesea vorbeşte excesiv de mult.

Impulsivitatea:

(a) răspunde frecvent înainte ca întrebările să fie complet formulate;

(b) are des dificultăţi în a-şi aştepta rândul;

(c) îi întrerupe sau îi deranjează pe alţii în mod frecvent (de exemplu intră în vorbă sau în jocuri).

Manifestări asemănătoare pot apărea şi la copiii cu tulburări psihice, cu dificultăţi de învăţare şi la cei cu deficienţă mintală, ca urmare este importantă realizarea unui diagnostic diferenţiat între ADHD şi tulburările psihice/de învăţare

Spre deosebire de copiii de aceeaşi vârstă, dar care nu prezintă probleme, copiii cu deficit mintal au capacităţi de concentrare şi perseverenţă reduse, precum şi un comportament impulsiv, manifestând o nelinişte pronunţată. În cazul în care copiii au, pe lângă problemele de hiperactivitate, şi alte probleme de dezvoltare la vârsta preşcolară (de exemplu au dificultăţi în obţinerea unor performanţe bune la diferite activităţi), va trebui să luăm în considerare şi aptitudinile copilului. Dacă în urma investigaţiei se constată anumite deficite în funcţionarea mentală, trebuie să stabilim exact în ce măsură comportamentele problematice se datorează acestora (stabilim acest lucru prin compararea cu alţi copii de aceeaşi vârstă şi acelaşi nivel de inteligenţă, pentru a vedea dacă şi ei prezintă probleme asemănătoare) sau dacă sunt cauzate de o altă tulburare (Dopfner *et al*, 2006, p.19). Astfel, la copiii cu deficienţă mentală, chiar dacă împărtăşesc anumite simptome cu cei cu tulburare de hiperactivitate, manifestările sunt cauzate de nivelul scăzut de inteligenţă şi, mai ales, nu prezintă hiperactivitate.

Pentru a pune diagnosticul de ADHD este esenţial ca simptomele descrise în DSM-IV să se manifeste înaintea vârstei de 7 ani a copilului, să poată fi observate în diferite situaţii – în familie, la grădiniţă, la şcoală şi în activităţile din timpul liber (Măgureanu, 2004), să nu poată fi explicate în cadrul unei alte tulburări pervazive de dezvoltare (PDD), a schizofreniei sau a oricărei alte psihoze ori asociate unei alte tulburări mentale (cum ar fi nevroza, anxietatea sau o tulburare de personalitate) şi, de asemenea, trebuie să fie clară perturbarea funcţionării sociale şi şcolare.

3. Cauzele apariţiei ADHD

Cercetările asupra apariţiei şi menţinerii sindromul de hiperactivitate şi deficit de atenţie au condus la concluzia că acesta are o cauzalitate multiplă. Au fost identificate cauze ce ţin de factori neurologici, genetici, de malnutriţie în primele faze ale copilăriei, naştere prematură (Dopfner *et al*, 2006), expunere la fumat sau alcool în etapa prenatală (Aronson *et al*., 1997; Milberger *et al*., 1998). Alte studii (Woodward *et al*., 1998) au arătat că abilităţile parentale reduse şi ostilitatea în familie, dieta şi somnul neadecvat constituie, de asemenea, factori de menţinere a tulburărilor (Monastra, 2011).

În continuare vor fi trataţi detaliat factorii relevanţi/cu un impact semnificativ asupra declanşării ADHD.

3.1. Factori neurologici

Numeroşi cercetători au concluzionat că ADHD se datorează unei funcţionări precare a acelor zone din creier care stăpânesc pornirile impulsive (lobii frontali) şi a legăturilor lor apropiate (ganglionii bazali şi circuitele cerebelului). De asemenea, există un dezechilibru în substanţele chimice ce transmit mesajele la nivel cerebral, adică la nivelul neurotransmiţătorilor (Buitelaar şi Van Engeland, 1996; Swanson et al., 1998; Sagvolden, 1999; Stevens, 2000).

Anumite studii au arătat că pe baza scanărilor RMN se pot recunoaşte aproape 70% dintre copiii cu ADHD datorită uşoarei asimetrii pe care o prezintă în zona frontală şi a diferenţelor constante care apar în nucleul caudat (parte a circuitelor ganglionilor bazali) (Green şi Chee, 2009, p.26).

Pe aceeaşi coordonată, Monastra (2011) consideră ADHD drept o afecţiune psihiatrică asociată primar cu un tipar de inactivitate excesivă în lobii frontali ai creierului. Acest lucru înseamnă, în esenţă, că partea corpului unei persoane care e responsabilă de gândire, planificare, concentrare şi centrare pe sarcină nu e aşa de activă cum ar trebui să fie pentru ca o persoană să reuşească la şcoală, la serviciu şi acasă (Monastra, 2011, p.28).

3.2. Factorii ereditari

În prezent, ADHD e înţeleasă ca o afecţiune ereditară. Cercetările au arătat că 70% dintre cazurile de ADHD se datorează influenţelor genetice – inclusiv asupra funcţiei cerebrale (Rabinet, 2004). Riscurile ca un copil să moştenească ADHD de la un părinte se datorează genelor comune, fiind găsiţi cel puţin doi markeri genetici – genele DRD4 şi DAT, responsabile de transmiterea ereditară a tulburării în familie (Dopfner *et al.*, 2006). Studiile efectuate pe gemeni monozigoţi şi dizigoţi au arătat că dacă unul dintre gemeni suferă de ADHD, în aproape 90% din cazuri şi celălalt va avea aceeaşi problemă (Green şi Chee, 2009, p.22). Cu toate acestea, procentul transmiterii ereditare scade la aproximativ 33% în cazul fraţilor (Monastra, 2011).

3.3. Naşterea prematură şi traumatismele

Complicaţiile apărute în timpul sarcinii, al naşterii sau în perioada de sugar (de exemplu traume mecanice, înfăşurarea cordonului ombilical în jurul gâtului la naştere sau lovirea accidentală a capului copilului), ar putea fi urmate de o modificare a funcţionalităţii creierului şi de apariţia ADHD. Copiii născuţi foarte timpuriu, cu o greutate foarte scăzută (sub 1500 de grame) prezintă un risc mai crescut de a dezvolta tulburări de hiperactivitate (Dopfner *et al.*, 2006; Pressman *et al.*, 2006).

3.4. Factorii legați de dietă

Nutriția poate determina manifestări de tip hiperactiv. Există rapoarte conform cărora copiii care au deficiențe de fier, zinc și magneziu vor prezenta simptome de deficit de atenție, impulsivitate și hiperactivitate (Dopfner *et al.*, 2006).

De asemenea, mai multe tipuri de nutrienți au fost studiate în cercetări clinice controlate asupra unor subiecți cu ADHD, cei mai importanți dovedindu-se a fi aminoacizii tirozină, triptofan și fenilalanină (derivați din alimente bazate pe proteine) și acizi grași esențiali. (Monastra, 2011, p. 64). Astfel, fără o cantitate suficientă de proteine, este imposibil ca indivizii să reușească să fie atenți, să-și controleze acțiunile și să-și regleze stările de dispoziție.

Nu în ultimul rând, acizii grași (omega 3, acidul linoleic și alfa-linoleic) sunt deosebit de importanți pentru menținerea atenției (*ibidem*, p.65).

Dopfner, Schurmann și Lehmkuhl (2006) au stabilit drept una dintre cauzele principale ale tulburărilor asociate ADHD lipsa dopaminei (de asemenea, obținută din alimente cu un conținut ridicat de proteine), aceasta generând dificultăți legate de prelucrarea informației, incapacitate de concentrare a atenției și o imposibilitate a copilului de a înțelege exact ceea ce i se cere.

Totuși, consumarea unei cantități ridicate de proteine, minerale și acizi grași nu va „vindeca" copilul sau adolescentul de ADHD, ci va acționa strict în sensul ameliorării simptomelor.

4. Intervenția multidimensională în ADHD

ADHD este o problemă de ordin psihic care, deși nu poate fi vindecată complet, poate fi controlată prin anumite metode (Sauve, 2006). Farmacoterapia, trainingul cognitiv-comportamental (modificarea comportamentului și managementul contingențelor la clasă, trainingul părinților etc.) și, mai ales, combinația dintre medicația psihostimulentă și modificările cognitiv-comportamentale sunt cele mai eficiente intervenții terapeutice utilizate în prezent la copiii cu ADHD (Abramowitz *et al.*, 1992; Pelham *et al.*, 1998; Waschbusch *et al.*, 1998, Gage și Wilson, 2000; Ellis și Bernard, 2007).

4.1. Abordarea psihologică

În literatura de specialitate care abordează intervenția psihologică asupra copiilor cu ADHD (Robinson *et al.*, 1999; Hanser *et al.*, 2000; Rennie, 2000; Shawfer, 2002; Ellis și Bernard, 2007; Panksepp, 2007; Ray *et al.*, 2007; Ray *et al.*, 2008; Barzegary și Zamini, 2011; Alijani *et al.*, 2013) întâlnim numeroase studii care aduc dovezi ale eficienței tehnicilor cognitiv-comportamentale.

Intervențiile de acest tip utilizate în consilierea copiilor cu ADHD au scopul de a asista individul în identificarea gândurilor și emoțiilor negative care conduc la comportamente neadecvate, înlocuirea lor cu cele alternative și oferirea de scenarii/variante comportamentale în asociere cu formarea unor abilități (pentru a

crește controlul comportamental și a oferi posibilitatea de alegere între mai multe căi de a reacționa la probleme).

Tehnicile cognitiv-comportamentale pentru ADHD includ *trainingul auto-instrucțional, auto-monitorizarea, strategiile de rezolvare a problemelor, auto-evaluările și auto-întăririle* (Pelham *et al.*, 1988 *apud* Ellis și Bernard, 2007, p.297-298).

A) *Rezolvarea de probleme sociale*

Întrucât controlul scăzut al impulsului este una din manifestările ADHD, copiii cu această afecțiune nu iau în considerare soluții alternative pentru problemele lor. Ca metodă de abordare a acestui aspect, este recomandată rezolvarea de probleme în care copilul:

1. este învățat să-și identifice problema,
2. să genereze cât mai multe soluții alternative fără a le evalua,
3. să analizeze fiecare alternativă și să-i identifice posibilele consecințe negative și pozitive,
4. să selecteze o alternativă și să o aplice,
5. să evalueze rezultatul alternativei alese.

B) *Trainingul auto-instrucțional*

Acest tip de training, dezvoltat de Meichenbaum și Goodman (1971), a fost recomandat ca metodă de a învăța copiii cu ADHD să-și ofere auto-instrucțiuni pentru a-și controla comportamentul. Astfel, copilul învață o serie de auto-verbalizări (comportament verbal) pentru ca acestea să fie ulterior internalizate și să-i ghideze comportamentul non-verbal.

Psihologul modelează inițial auto-verbalizările în timpul realizării unei sarcini, apoi copilului i se solicită realizarea aceleiași sarcini în timp ce își oferă instrucțiuni cu voce tare, apoi în șoaptă și, în cele din urmă, prin utilizarea vorbirii interne pentru ghidarea performanței.

Utilizarea întăririlor este recomandată pentru a spori efectele trainingul auto-instrucțional, iar folosirea jocurilor poate fi avantajoasă, deoarece crește probabilitatea ca copilul să rezolve probleme sociale.

C) *Auto-monitorizarea*

Tehnica auto-monitorizării este utilizată pentru o gamă largă de probleme (incluzând depresia, izbucnirile de furie, mâncatul compulsiv și ADHD).

Barkley (1990) a sugerat că cei cu ADHD nu reușesc să se concentreze asupra comportamentelor proprii și asupra consecințelor acestora, iar unul dintre scopurile auto-monitorizării este de a determina copiii să devină mai conștienți de aceste aspecte. Acest lucru se poate realiza prin a cere copilului să încerce intenționat să fie atent și să observe aspecte specifice ale comportamentului său (de exemplu când strigă în timpul orelor de curs) și să înregistreze aceste

comportamente. Prin sporirea conştientizării comportamentelor specifice, este probabil să urmeze dobândirea unui control asupra acestora.

La fel ca în cazul altor intervenţii, pot fi necesare întăriri adiţionale pentru ameliorarea comportamentului.

D) *Auto-întărirea*

O problemă adiţională în cazul copiilor cu ADHD este lipsa evaluării propriei performanţe, aceştia ignorând feedback-ul oferit de alţii şi, mai mult, putând să nu îşi recunoască/afirme propria performanţă, în raport cu alţi copii fără acest diagnostic.

Performanţele şcolare şi sociale pot fi ameliorate prin a învăţa copiii cu ADHD să-şi monitorizeze şi evalueze calitatea propriei activităţi, urmată de auto-recompensare atunci când ating un scop dorit (Ervin *et al.*, 1996 *apud* Ellis şi Bernard, 2007, p.298).

Moţiu-Socaciu (2010) propune *ludoterapia* ca metodă aplicabilă în consilierea copiilor cu ADHD, considerând că terapia prin modelare, desen, dans şi muzică poate fi utilizată în asociere cu cele care vizează modificarea comportamentală. *Managementul contingenţelor* este cea mai comună tehnică de modificare comportamentală şi este eficientă în tratamentul ADHD, copilul fiind recompensat pentru comportamentele pozitive (adaptative) şi pedepsit pentru comportamentele negative (inadecvate) prin reproşuri verbale, asociate cu îndepărtarea privilegiilor, a atenţiei şi timpului de care poate dispune conform propriei dorinţe (Waschbusch *et al.*,1998).

4.2. Abordarea psiho-ecucaţională

4.2.1. Consilierea părinţilor şi a cadrelor didactice

O altă perspectivă în intervenţia vizând diminuarea simptomelor copiilor cu ADHD se referă la *consilierea părinţilor*. Au fost realizate studii care au dovedit că tehnicile cognitiv-comportamentale utilizate în trainingul părinţilor sunt eficiente pentru rezolvarea problemelor emoţionale şi sociale ale copiilor cu ADHD, utilizarea acestor tehnici corelând cu îmbunătăţirea abilităţilor sociale (Hanser *et al.*, 2000), controlul impulsivităţii (Panksepp, 2007), reducerea anxietăţii şi depresiei (Ray *et al.*, 2007), reducerea hiperactivităţii (Rennie, 2000; Ray *et al.*, 2008) şi creşterea concentrării atenţiei (Shawfer, 2002; Barzegary şi Zamini, 2011).

Alţi autori susţin o *abordare psiho-ecucaţională/pedagogică* în care *părinţii şi cadrele didactice* acţionează în parteneriat, fiecare având sarcini distincte, dar care concură la realizarea obiectivului final – reducerea simptomelor de ADHD ale copilului şi creşterea adaptării sale şcolare şi sociale. Purcia (2009) experimentează şi promovează un program specific pentru părinţi şi cadre didactice, care are la bază principiile fundamentale ale concepţiei cognitiv-comportamentale şi ale cărui coordonate le vom prezenta succint:

Direcţii în consilierea părinţilor

- familiarizarea părinţilor cu particularităţile hiperactivităţii cu deficit de atenţie la copilul din perioada şcolarităţii mici; problematica tulburării ADHD; informaţii legate de natură psihologică şi criteriile de diagnostic, la particularităţile şi dificultăţile pe care copiii le întâmpină în procesul de învăţare şi de dezvoltare (în plan comportamental şi al integrării sociale şi şcolare);

- observarea şi evaluarea comportamentului copilului; conştientizarea de către părinţi a greşelilor educative în corectarea comportamentului copilului cu ADHD;

- îmbunătăţirea atmosferei familiale şi a comunicării părinte-copil;

- modalităţi de întărire a relaţiilor părinte-copil; focalizarea pe aspectele pozitive ale copilului; acceptarea necondiţionată; timpul destinat copilului;

- însuşirea de către părinţi a noţiunilor de management comportamental; metode şi tehnici comportamentale de disciplinare pozitivă;

- recompensarea atitudinilor pozitive; întocmirea unui plan comportamental viabil; tipuri de recompense; rezolvarea situaţiilor problemă;

- cooperarea cu învăţătorul copilului; monitorizarea comportamentului; planul zilnic;

- creşterea stimei de sine a copilului; dezvoltarea încrederii în forţele proprii; evidenţierea lucrurilor pozitive; conştientizarea diferenţei dintre comportamentul şi persoana copilului;

- influenţa jocului în terapia copiilor cu ADHD; dezvoltarea abilităţilor de socializare; tipurile potrivite de jocuri şi jucării.

Direcţii în consilierea cadrelor didactice

- familiarizarea învăţătorilor cu particularităţile hiperactivităţii cu deficit de atenţie la copilul din perioada şcolarităţii mici, cu impact asupra procesul de învăţare şi integrare şcolare;

- instruirea şcolară; acomodarea şcolară; intervenţii comportamentale;

- structură şi rutină bine stabilite; folosirea sistemului gradual de structurare a clasei; cei trei „R": rutină, regularitate şi repetiţie; monitorizare atentă a comportamentului; controlul clasei; însuşirea de către învăţători a unor principii şi reguli ergonomice care să ofere copilului cu ADHD un mediu ambiant securizant;

- lecţii cât mai atractive, implicarea copilului într-un grup de lucru; interacţiunea dintre copil şi învăţător; combinarea indicaţiilor verbale cu demonstraţiile practice;

- identificarea problemelor comportamentale; sistemul de management comportamental al clasei; recompensele pentru o sarcină bine făcută;

- parteneriatul între copii; reguli clar definite; învăţarea prin cooperare; timpul de joacă şi socializare (Purcia, 2009, p.232).

Din acest program se observă că intervenţia asupra părinţilor şi cadrelor didactice este centrată pe domeniul cognitiv, pe cunoaşterea particularităţilor copiilor cu ADHD şi a modalităţilor adecvate de acţiune pentru diminuarea

comportamentelor indezirabile şi dezvoltarea celor care presupun adaptare socială şi şcolară, dar şi pe formarea şi antrenarea unor deprinderi de bune practici.

Aplicarea metodelor cognitiv-comportamentale are legătură şi cu modificarea modului în care părinţii (în special, mamele) se raportează la simptomele copiilor cu ADHD. Studiul lui Alijani, Rahman şi Ghahar (2013) a evaluat şi demonstrat efectul unui training adresat mamelor ce a avut ca obiective modificarea comportamentului prin formarea unor aptitudini (de tipul managementului furiei, comunicării eficiente şi rezolvării problemelor, creşterii receptivităţii emoţionale etc.) asupra diminuării simptomelor copiilor cu ADHD, concretizată în reducerea comportamentelor hiperactive şi a anxietăţii şi creşterea capacităţii de învăţare.

În eficienţa (atât la nivel general, cât şi la nivel specific) consilierii părinţilor cu copii care au sindromul de hiperactivitate şi deficit de atenţie contează implicarea responsabilă a părinţilor, colaborarea cu psihologul, medicul neuropsihiatru şi cadrele didactice. Practic, părinţii trebuie să ajungă la o înţelegere deplină a tulburărilor copilului, să aplice strategiile propuse, să conceapă un plan cu obiective clare şi să-l revizuiască/adapteze permanent, să dobândească capacitatea de a împărţi obiectivele complexe în secvenţe şi de a se concentra pe fiecare dintre acestea, perseverând până la atingerea scopului.

4.2.2. Cadrul didactic itinerant/ de sprijin – o alternativă contemporană în integrarea copiilor cu ADHD

Barkley (1998) atrage atenţia prin cercetările sale că mai mult de 50% dintre copii cu ADHD au nevoie de un *tutorat şcolar,* aproximativ 30% sunt plasaţi în forme de educaţie specială, iar ceilalţi sunt încadraţi în învăţământul de masă şi nu beneficiază de sprijin specializat; la aceştia din urmă s-au observat situaţii frecvente de eşec şcolar din cauza neatenţiei, dezorganizării şi impulsivităţii care nu permit centrarea pe sarcină şi învăţare.

În ultimul deceniu, copiii cu dificultăţi de învăţare sau de adaptare şcolară/socială care erau incluşi în învăţământul special au fost transferaţi în cel de masă, în acord cu principiile învăţământului integrat. Şcoala incluzivă cere ca toţi să lucreze împreună în mod creativ, în aşa fel încât fiecare elev să înveţe, promovând învăţarea individualizată, colaborând cu familiile, organizaţiile externe şi alţi membri ai comunităţii, perfecţionându-se permanent şi construind comunităţi incluzive. În acest cadru diversitatea este văzută ca o realitate firească, fiecărui elev asigurându-i-se accesul la cunoaştere, formare de deprinderi şi informaţie. Aceasta presupune că orice copil poate învăţa, indiferent de gradul sau forma unei deficienţe sau dizabilităţi (Csorba, 2009, p.172).

În acest context apare *cadrul didactic itinerant/de sprijin* – un alt termen pentru ceea ce Barkley (1998) numea *tutore şcolar* – pentru copii cu ADHD, ce îndeplineşte o combinaţie de atribuţii între un profesor consultant şi un tutore pentru elevii cu cerinţe speciale incluşi în programe de integrare. Un asemenea cadru didactic acţionează într-una sau mai multe şcoli dintr-o comunitate/zonă bine delimitată şi asigură consilierea necesară pentru cadrele didactice de la

şcoala obişnuită, evaluarea curriculară, precum şi participarea directă la procesul instructiv-educativ al copiilor cu cerinţe educaţionale speciale (Gherguţ, 2006, p.74).

Un cadru didactic itinerant/de sprijin are următoarele sarcini de bază:

- participă, în timpul orelor de predare, la activităţile desfăşurate în clasă de către învăţător sau profesor;
- participă la activităţile educative din grupă/clasă în calitate de observator/consultant/ coparticipant;
- organizează activităţi de intervenţie personalizată în grupe/clase sau în afara acestora;
- desfăşoară activităţi de tip terapeutic cognitiv-ocupaţional, individuale sau în grup;
- colaborează cu specialiştii care aplică terapiile specifice în vederea realizării planului de servicii personalizat;
- propune şi realizează materiale didactice individualizate în funcţie de dificultăţile de învăţare ale elevilor;
- realizează activitatea de evaluare periodică vizând dezvoltarea elevilor şi revizuieşte programul de intervenţie personalizat;
- consiliază familiile copiilor/elevilor care beneficiază de serviciile de sprijin şi colaborează cu acestea;
- asigură legătura dintre familiile copiilor cu cerinţe educative speciale, şcoala integratoare şi serviciile de la nivelul comunităţii care pot ajuta copilul în procesul de integrare şcolară (Gherguţ, 2006, p.75).

O alternativă pentru a diminua deficienţele sociale ale copilului cu ADHD este programul propus de Muşu (2000, p.101) ce include următoarele elemente:

- analiza completă a dificultăţilor fiecărui participant;
- posibilităţile de interacţiune cu colegii;
- participarea în grup şi a colegilor ce nu au astfel de dificultăţi;
- activităţi ce favorizează interacţiunile între participanţi (în acelaşi timp limitând intervenţia adulţilor în aceste programe);
- limbaj simplu şi direct (evitarea termenilor cu mai multe semnificaţii);
- importanţa organizării lumii proprii de fiecare elev;
- eforturi pentru eliminarea comportamentelor neadecvate (elevii trebuie să înţeleagă de ce, nu li se impune acest lucru);
- colaborarea între profesor şi ceilalţi participanţi la program pentru a asigura:

a) cunoaşterea tuturor aspectelor comportamentului elevului;

b) punerea de comun acord a metodelor favorizante pentru deprinderea aptitudinilor sociale.

Integrarea copiilor cu cerinţe educative speciale în învăţământul de masă impune o extindere a formării şi perfecţionării cadrelor didactice pe teme ale psihopedagogiei speciale pentru a se familiariza cu tehnicile de intervenţie şi a reuşi să creeze un mediu şcolar adecvat adaptării tuturor copiilor.

Iluţ, Rotariu, Horvath, Tirhaş, Nistor şi Hărăguş (2007) atrag atenţia asupra costurilor implicate de intervenţiile de tip interdisciplinar, ce presupun o echipă de

specialişti în domenii diverse. Această dificultate ar putea fi depăşită prin practicarea de către unul şi acelaşi specialist a unei viziuni şi a unei intervenţii de tip transdisciplinar integrativ; totuşi, nu trebuie uitat faptul că în acest caz expertul în cauză ar trebui să posede cunoştinţe profunde din mai multe domenii care, în mod tradiţional, au fost abordate în discipline particulare, existând riscul superficialităţii (Iluţ *et al.*, 2007, p.12).

4.3. Abordarea medicală

ADHD este o afecţiune medicală moştenită care pare să fie cauzată în principal de o subexcitare a regiunilor creierului care reglează dispoziţia, controlul comportamentului şi ajută o persoană să fie atentă. Există cercetări şi studii clinice care arată faptul că medicaţia pentru ADHD poate îmbunătăţi atenţia şi controlul comportamentului (Monastra, 2011, p. 41).

Principala diferenţă între cei care au ADHD şi cei care nu suferă de această afecţiune ţine de nivelul dopaminei (neurotransmiţător ce ajută la menţinerea concentrării şi inhibarea stimulilor neimportanţi) şi noradrenalinei (ce permite concentrarea asupra anumitor lucruri şi manifestările conforme situaţiei), existând indicii că în cazurile de ADHD ambele substanţe sunt produse în cantităţi reduse. Medicamente psihostimulente precum metilfenidatul şi dexamfetamina cresc nivelurile disponibile de dopamină şi noradrenalină (Green şi Chee, 2009, p.29), fiind administrate în mod tipic pacienţilor cu ADHD. Relativ recent au fost dezvoltate şi medicaţii non-stimulente pentru ADHD.

Medicaţiile pentru ADHD pot fi folosite separat sau în combinaţii cu alte medicamente care reduc mânia excesivă, anxietatea sau depresia (Monastra, 2011, p.33).

Atunci când se administrează medicamentele psihostimulente, dezechilibrele care apar la creierul afectat de ADHD pot fi suprimate aproape complet, scăzând şi riscul abuzului de substanţe în stadiul de adult (Biederman *et al.*, 1999). Cu toate acestea, medicaţia are şi efecte secundare de tipul insomniilor, anorexiei, durerilor de cap şi de stomac, reducerii apetitului, ameţelilor etc. (Buitlaar *et al.* 1996).

5. ADHD la adult

Unii autori consideră că, deşi simptomele ADHD apar înaintea vârstei de 7 ani şi diagnosticul se stabileşte cel mai adesea în jurul acestei vârste, sunt cazuri când diagnosticul se pune pentru prima dată în etapa de tânăr adult, pe baza unei anamneze susţinute de date oferite de părinţi sau medicul de familie (Monastra, 2011). O serie de studii asupra prognosticului copiilor cu ADHD au dovedit că aceştia, în stadiul adult, pe un fond de anxietate (Buitelaar şi Van Engeland, 1996) şi impulsivitate (Seminar, Strasbourg, 2000) tind să aibă o conduită manifestată prin consum de droguri, alcool, izolare socială, comportament violent, antisocial, pierderea slujbei etc. (Mannuzza *et al.*, 1989; Mannuzza *et al.*, 1993; Weiss şi Mechtman, 1993; Satterfied *et al.*, 1994; Hansen *et al.*, 1999; Breen şi Barkley,

1988). Alţi autori (Cosmovici şi Iacob, 1999, p.110) ce descriu caracteristicile ADHD prin conceptul de „copil caracterial" (cu un caracter rău) afirmă că, deşi în numeroase cazuri delincvenţa juvenilă este precedată de tulburări de caracter, nu se poate pune un semn de egalitate între acestea şi delincvenţă, deoarece nu toţi copiii cu tulburări de caracter devin delincvenţi şi nu toţi delincvenţii au cunoscut în copilărie sau adolescenţă o fază caracterială.

Cel puţin jumătate dintre copiii trataţi pentru ADHD va păstra unele dintre caracteristicile afecţiunii lor şi la vârsta adultă (Dopfner *et al.*, 2006). Alţi autori (Weiss *et al.*, 1985; Mannuzza *et al.*, 1998; Goldman, 1999) consideră că procentul este de cel puţin 60%, însă simptomele de ADHD devin mai puţin evidente odată cu înaintarea în vârstă. Adulţii cu ADHD au cam aceleaşi dificultăţi ca şi copiii cu ADHD (problemele de la şcoală au devenit problemele de la serviciu etc.). Medicamentele au un rol important în tratamentul adultului cu ADHD – în mod special stimulentele, studiile indicând un răspuns pozitiv la 70% dintre adulţii trataţi cu acestea (Green şi Chee, 2009, p.248).

6. Discuţii

Întrucât ADHD este recunoscută drept o tulburare psihiatrică, iar simptomele sale sunt descrise în DSM-IV, identificarea sa poate fi realizată de educatoare, învăţătoare sau alte cadre didactice, care îndrumă părinţii către psihologul consilier educaţional/şcolar ce pune un diagnostic preliminar şi trimite pentru investigaţii aprofundate la un consult de specialitate. Totuşi, este important de reţinut faptul că atât diagnosticul final de ADHD, cât şi medicaţia sunt date de medicul de neuropsihiatrie infantilă pe baza unei analize minuţioase şi a informaţiilor provenite din surse multiple.

Monastra (2011) a conchis că persoanele cu ADHD se integrează mai bine acasă, la şcoală şi în comunitate dacă tratamentul lor include o combinaţie de medicaţie şi alte tipuri de intervenţii, precum:

- dezvoltarea unui program de sprijin şcolar şi de adaptare la şcoală;
- cursurile de parenting pentru predarea strategiilor care folosesc în mod sistematic recompensa;
- cursurile de abilităţi sociale care-i ajută pe copii să înveţe cum să înceapă şi să menţină conversaţii, să lege prietenii şi să rezolve conflicte, să-şi întărească încrederea în sine etc.;
- biofeedback-ul EEG (numit uneori neuroterapie), care utilizează electro-encefalogramele pentru a învăţa pacienţii să regleze nivelul de excitare din regiunile creierului care controlează dezvoltarea atenţiei şi controlul comportamentului;
- terapia individuală şi de familie pentru a aborda probleme ca trauma, educaţia parentală inadecvată şi conflictele excesive în familie (Monastra, 2011, p.34-35).

American Academy of Child and Adolescent Psychiatry şi *European Society for Child and Adolescent Psychiatry* au publicat ghiduri clinice pentru asistarea şi tratamentul copiilor cu ADHD, subliniind rolul îmbinării tehnicilor într-un program

multi-modal de intervenţie care să aibă în vedere nu doar reducerea simptomelor, ci şi învăţarea unor abilităţi de către copil şi părinţi, precum şi importanţa medicaţiei (AACAP, 1997; Greenhill *et al*., 1999; Spencer *et al*., 1996; Taylor *et al*., 1998). Cu toate acestea, metodele psihosociale ar trebui utilizate ca primă opţiune de tratament pentru copiii cu ADHD, medicaţia urmând să fie administrată doar în caz de necesitate (Pelham, 2002).

La nivel cotidian pot exista confuzii între un copil energic şi neastâmpărat şi unul ce suferă de ADHD, însă pentru specialişti distincţia este evidentă. Copilul neastâmpărat manifestă conduite disfuncţionale doar în anumite contexte/cu anumite persoane, în restul timpului se comportă normal, iar tulburările trec fără intervenţia unui specialist odată cu înaintarea în vârstă. Copilul cu ADHD are o conduită afectată profund (cu impact asupra reuşitelor în toate activităţile de acasă, de la şcoală şi din mediul covârstnicilor), indiferent de context şi persoana cu care interacţionează, iar în lipsa intervenţiei de specialitate tulburarea se agravează odată cu trecerea anilor.

7. Concluzii

Cu toate că există numeroase lucrări despre sindromul de hiperactivitate şi deficit de atenţie (ADHD), există şi numeroase controverse asupra acestei afecţiuni. Lucrarea de faţă îşi propune să sintetizeze teoriile şi concepţiile din literatura de specialitate despre etiologia ADHD şi demersurile de intervenţie, urmărind să aducă un plus de comprehensivitate prin preluarea şi integrarea perspectivelor opuse.

Sintetizând perspectivele medicală, neurologică şi genetică cu cea psihologică (ce are la bază tehnicile cognitiv-comportamentale) şi cea a psihopedagogiei speciale, lucrarea subliniază importanţa îmbinării dintre consilierea copilului, a părinţilor şi a cadrelor didactice. De asemenea, este relevat rolul profesorului itinerant şi a medicaţiei psihiatrice în eficientizarea demersului de intervenţie (manifestată prin reducerea simptomelor şi creşterea adaptării şcolare/sociale a copilului cu ADHD şi, de asemenea, în prevenirea persistenţei manifestărilor de acest tip şi la vârsta adultă).

Bibliografie

AACAP (1997). Practice parameters for assessment and treatment of children, adolescents and adults with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 855-1215.

Abramowity, A., Eckstrand, D., O'Learz, S.G., Duncan, M.K. (1992). ADHD children's responses to stimulant medication and two intensities of a behavioral intervention. *Behavior Modification*, 16 (2), 193-203.

Alijani, A; Rahman, M.; Ghahar, S. (2013). The effectiveness of mother's cognitive-behavioral group interventions on the number of ADHD children's behavioral problems. *Procedia - Social and Behavioral Sciences* 84 (2013) 874 – 878, doi:10.1016/j.sbspro.2013.06.665.

American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (*4th ed*), Washington, DC: Author.

Aronson, M., Hagberg, B., Gillberg, C. (1997). Attention deficits and autistic spectrum problems in children exposed to alcohol durring gestation: a follow-up study. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 39, 583-587.

Barkley, R. A. (1998). *Attention Deficit/Hyperactivity Disorder. A handbook for diagnosis and treatment* (2nd ed.), Guilford Press, New York.
Barzegary, L.; Zamini, S. (2011). The effect of play therapy on children with ADHD. Procedia - Social and Behavioral Sciences 30 (2011) 2216 – 2218, doi:10.1016/j.sbspro.2011.10.432
Breen, M., Barkley, R., A., (1988). Parenting stress with ADDH girls and boys, *Journal of Pediatric Psychology*, 13, 265-280.
Biederman, J., Wilens, T., Mick, E., Spencer, T., Faraone, S. (1999). Pharmacotherapy of attention-deficit/ hyperactivity disorder reduces risk for substance use disorder. *Pediatrics*, 104, 20.
Buitlaar, J. K., Van Der Gaag, R. J., Swaab-Barneveld, J.T., Kuiper, M. (1996). Pindolol and methylphenidate in children with attention-deficit/hyperactivity disorder. Clinical efficacy and side effects. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 37, 587-595.
Buitelaar, J. K.; Van Engeland, H. (1996). Epidemiological approches to hyperactivity in Sandberg, St. (ed.), *Hyperactivity Disorders*, Cambridge University Press, Cambridge, p.26-68.
Buitelaar, J. K., Van Der Gaag, R. J., Jwaab-Barnevelp, J.T., Kuiper, M. (1995). Prediction of response to methylphemidate in children with attention/deficit hyperactivity disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34, 1025-1032.
Cosmovici, A., Iacob Luminiţa (1999). *Psihologie şcolară*, Editura Polirom, Iaşi.
Csorba, Diana (2009). Dimensiuni ale stilurilor de predare şi învăţare în şcoala pentru diversitate - Şcoala pentru toţi în: *Cercetare psihologică modernă: direcţii şi perspective* (coord. Milcu, M., Griebel, W.; Sassu, R.), Editura Universitară, Bucureşti.
Dopfner, M.; Schurmann Stepfanie, Lehmkuhl, G. (2006) *Copilul Hiperactiv şi încăpăţânat. ghid de intervenţie pentru copii cu tulburări hiperchinetice şi opoziţionale*, Editura RTS, Cluj-Napoca.
Ellis, A.; Bernard, M. E. (2007). *Terapia raţional emotivă şi comportamentală în tulburările copilului şi adolescentului. Teorie, practică şi cercetare*, Editura RTS, Cluj-Napoca.
Gage, J. D., Wilson, L.J. (2000). Acceptability to attention-deficit/hyperactivity disorder interventions: A comparison of parents. *Journal of Attention Disorders*, 4 (3), 174-182.
Gherguţ, A. (2006). *Strategii diferenţiate şi inclusive în educaţie*, Editura Polirom, Iaşi.
Goldman, L. S. (1999). Diagnosis and treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder in *Children and adolescent*, JAMA, 279, 1100-1107.
Green, CH., Chee, K.T. (2009). *Să înţelegem ADHD - deficientul de atenţie însoţit de tulburarea hiperkinetică*, Edituran Aramis, Bucureşti.
Greenhill, L. Halperin, J., Abikoff, M. (1999). Stimulant medication. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38, 503-512.
Hansen, C.; Weiss, D.; Last, L.G.; (1999). ADHD boys in joung adulthood psychosocial adjustment, in *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38, 165-171.
Hanser, S; Meissler, K; Ovevs, R.(2000). Kids together: A group play therapy model for children with ADHD symptomlogy. *Journal of child adolescent group therapy*, 10-4.
Iancu, M. (2007). ADHD la copil şi adolescent, *Revista Farmacist.ro* nr. 32 (112).
Iluţ, P. (coord.) Rotariu, T.; Horvath, I.; Tirhaş, C.; Nistor, L.; Hărăguş, P.T. (2007). *Dimensiuni ale familiei actuale din România*, Editura Presa Universitară, Cluj-Napoca.
Mannuzza, S.; Gittelman–Klein, R., Morowitz–Konig, P.; Giampino, T. L. (1989) Hyperactive boys almost grown up. IV Criminality and its relationship to psychiatric status. *Arch Gen Psychiatry*, 46, 1073-1079.
Mannuzza, S. Klein, R.G., Bessler, A., Malloy, P., Lapadula, M. (1993). Adult outcome of hyperactivite boys-educational achievement, occupational rank and psychiatric status. *Arch Gen Psychiatry*, 50, 565-576.
Mannuzza, S.; Klein, R. G.; Bessler, A.; Malloy, P.; Lapadula, M. (1998). Adult psychiatric statuts of hyperactive boys grown up. *The American Journal of Psychiatry*, 155, 493-498.
Milberger, S., Biederman, J., Faraone, S., Jones, J. (1998). Further evidence of on association between maternal smoching durring pregnancy and attention deficit/hyperactivity disorder: finding from a high-risk sample of siblings. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 27, 352-358.
Mincu, C.L., Theodorescu, L.(2013). Impactul singurătăţii asupra stării de bine, În Mincu,C.L. (coord.). *Psihoeducaţie pozitivă şi optimizare umană. Psihologie pozitivă şi dezvoltare personală* (vol.1), Editura Universitară, Bucureşti.
Monastra, V.J. (2011). *Cum să creşti un copil cu ADHD. 10 lecţii pe care nu le poţi învăţa de la medici*, Editura Trei, Bucureşti.
Motiu- Socaciu, O. (2010). *Terapia prin joc la copilul cu ADHD*. Editura Lumen, Iaşi.
Muşu, I. (2000). *Ghid de predare-învăţare pentru copiii cu cerinţe educative speciale*, Editura Marlink, Bucureşti.
Măgureanu, S. (2004). Cum diagnosticăm hiperkineticii, *Revista Info Diagnostic*, nr. 1.
Panksepp, J. (2007). Can play diminish ADHD and facilitate the construction of the social brain?. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 16, 20.
Pelhan, W.E.; Wheeler, T.; Chronis, A. (1998). Empirically supported psychosocial treatments for attention deficit hyperactivity disorder. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 27 (2), 190-205.

Pelham, W. E. (2002). Psychosocial intervention for ADHD. in P.S. Jensen and J.R. Cooper (eds.) *Attention Deficit/Hyperactivity Disorder State of Science-Best Practice Kingston*, Civic Research Institute, p.12-4-12-1.

Pressman,L.,J., Loo, S.,K., Carpenter, E.,M., et al. (2006). Relationship of family environment and parental psychiatric diagnosis to impairment in ADHD, *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 45(3), 346-54.

Purcia, V.E. (2009). Intervenţii psihopedagogice la elevii cu ADHD de vârstă şcolară mică în: *Cercetare psihologică modernă: direcţii şi perspective* (coord. Milcu, M., Griebel, W.; Sassu, R.), Editura Universitară, Bucureşti.

Ray, D; Bratton, S; Rhine, T; Jones, L. (2008). The effectiveness of play therapy: Responding to the critics, *International Journal of Play Therapy*, 10, 85-108

Ray , D; Schottelkork, A., & Tsai, M-H. (2007). Play therapy with children exhibiting symptoms of ADHD. *International Journal of Play Therapy*, 16, 95-111.

Rennie, R. (2000). A comparison study of the effectiveness of individual and group therapy in treating kindergarten children with adjustment problems, *Dissertation Abstract International*, 64-3117.

Robinson, L. Sclar, D., Skaer, T. L., Galin, R. S. (1999). National trends in the prelevance of attention deficit/hyperactivity disorder and the prescribing of methylphenidate among school aged children: 1990-1995, *Clinical Pediatrics*, 38 (4), 209-220.

Sagvolden, T. (1999). Attention deficit/hyperactivity disorder, *European Psychologist*, 4 (2), 109-114.

Satterfied, J., Swanson, J., Schell, A., Lee, F., (1994). Prediction of antisocial behavior in attention deficit/hyperactivity disorder boys from aggression/defiance score, *The Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 33, 185-190.

Sauve, C, (2006) - Copilul hiperactiv. Hiperactivitatea şi deficitul de atenţie, Editura House of Guides, Bucureşti.

* Seminar, Strasbourg, France, 8-10 december 1999, (2000). *Attention deficit/hiperkinetic disorders: their diagnosis and treatment with stimulants*, Council of Europe, Strasbourg.

Shawfer, M. (2002). Professional psychology: Research and Practice, fifteen play therapy, *Techniques*, 33(6), 515-522.

Stevens, L. J. (2000). *12 effective ways to help your ADD/ADHD child*, New York, Penguin.

Spencer, T., Biederman, J., Wilens, T., Harding, M., O'Donnell, D., Griffin, S. (1996). Pharmacotherapy of attention-deficit/ hyperactivity disorder across the life cycle, *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35, 409-432.

Swanson, J.M.; Sergeant, J.A.; Taylor, E.; Sonuga-Barke, E. J. S.; Jensen, P.S.; Cantwell, D. P. (1998). Attention - Deficit Hyperactivity Disorder and Hyperkinetic Disorder, *Lancer*, 351, 429-433.

Taylor, E., Jergeant, J., Doefner, M. (1998). Clinical guideliness for hyperkinetic disorder, *European Child and Adolescent Psychiatry*, 7, 184-200.

Waschbusch, D. A., Kipp, H. L., Pelham, W. E. (1998). Generalization of behaviour and psychostimulant treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD): discussion and examples, *Behavior Research and Therapy*, 36, 675-694.

Weiss, G.; Mechtman, L.; Milroy, T. (1985). Psychiatric status of hyperactive as adults: a controlled perspective 15-year follow-up of 63 hyperactive children in *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 24, 211-220.

Weiss, G.; Mechtman, L.; (1993). Hyperactive Children grown up. ADHD in *Children, Adolescents and Adults*, Guilford Press, New York.

Woodward, L., Taylor, E., Dowdney, L. (1998). The parenting and family functioning of children with hyperactivity. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 39, 161-169.

DIRECTIVA ÎN AVANS - BENEFICII ŞI CONTROVERSE

Andrada Pârvu

1. Studiu de caz

Domnul X, în vârstă de 67 de ani, intelectual, profesor de fizică, pensionar de 2 ani, fără boli importante în timpul vieţii, este o persoană echilibrată din punct de vedere psihic, familist, locuieşte împreună cu soţia, cei doi copii ai lor fiind stabiliţi în străinătate.

Domnul X observă că de 2-3 săptămâni se simte slăbit şi simte creşterea în volum a ganglionilor periferici. Este consultat de medicul de familie, care îl trimite apoi la un serviciu de oncologie. Acolo, este diagnosticat cu un cancer ganglionar (limfom non-Hodgkin). Domnului X şi soţiei acestuia (care i-a fost alături în permanenţă în cele câteva zile scurse de la apariţia simptomatologiei) li se comunică diagnosticul şi opţiunile terapeutice. Domnul X se întristează la aflarea veştii că are cancer, declară că se aştepta la acest diagnostic, cu toate că spera ca printr-un miracol să fi avut o boală benignă. Domnul X, cu multă stăpânire de sine, întreabă medicul care sunt posibilităţile reale de tratament şi dacă există posibilitatea să îşi reia viaţa în urma tratamentului. Medicul îi prezintă planul terapeutic care constă în 6 şedinţe de chimioterapie, însoţite de un tratament modern, anticorpi antitumorali, cu şanse mari de răspuns la această terapie şi implicit de reîntoarcere la viaţa liniştită pe care a dus-o în ultimii ani. În urma acestei discuţii, domnul X acceptă începerea cât mai rapidă a tratamentului. În aceeaşi noapte, din cauza unui puseu de hipertensiune arterială (afecţiune despre care pacientul nu ştia până în momentul respectiv), domnul X suferă un accident vascular cerebral în urma căruia intră în comă profundă. Este transferat de urgenţă într-o secţie de terapie intensivă-neurologie. În scurt timp sosesc şi cei doi copii din străinătate. Medicii explică familiei faptul că starea domnului X este cât se poate de gravă, coma profundă se menţine de câteva zile, şansele de a-şi reveni complet sunt aproape inexistente, având în vedere ariile cerebrale afectate. Domnul X respiră artificial, este hrănit artificial cu ajutorul unui tub introdus de medici în stomac şi prin perfuzii. Neoplazia avansează (ganglionii cresc în volum şi analizele dovedesc progresia bolii). Copiii fac presiuni asupra medicilor sa-l ţină pe tatăl lor în viaţă cu orice preţ, cu toate că medicii le explică în repetare rânduri că nu sunt şanse de revenire a stării de conştienţă. Soţia este impresionată de suferinţa soţului, de escarele pe care acesta începe să le dezvolte în ciuda îngrijirilor specifice. Uneori, petrecând ore în şir lângă patul soţului îşi pune întrebări dacă are rost această suferinţă...

După mai multe zile, inima domnului X cedează, medicii îl resuscitează în repetate rânduri şi în cele din urmă se opreşte pentru ultima oară...

La funeraliile domnului X, dominate de decenţă, au fost prezenţi prietenii, colegii, foştii elevi...Ultima persoană care a plecat de la acest trist eveniment a întrebat-o pe soţia domnului X cum a murit acesta şi dacă a suferit. Acesta a răspuns că da, amintindu-şi toate tuburile care ieşeau din soţul ei şi rănile de pe spate. A răspuns că se simte vinovată că **şi-a dorit** să se termine toată această suferinţă mai repede, dar nu a îndrăznit să spună nimănui pentru că fiii ei au insistat ca medicii să facă tot ce s-a putut pentru ca tatăl lor să rămână cât mai mult timp în viaţă. Aşa **şi-au dorit** ei...

O întrebare nerostită şi fără de răspuns domină toată această evoluţie clinică... Ce **şi-ar fi dorit** Domnul X şi cum ar fi putut comunica acest lucru familiei şi medicilor în acea stare de conştienţă pierdută apărută în urma unui accident vascular cerebral neaşteptat?

2. Directiva anticipată – componentă a planului de îngrijire în avans

Pacienţii aflaţi în stadii terminale se confruntă cu multe probleme, de la cele somatice, psihice la riscul de singurătate (Mincu, Theodorescu, 2013) şi dramatica perspectivă a pierderii discernământului asociată cu imposibilitatea de a mai lua decizii pentru sine.

Directiva/directivele în avans (conform termenului anglo-saxon) sau directivele anticipate (conform termenului francez) reprezintă declaraţii orale sau în scris în care o persoană poate să expună preferinţele sale legate de tratamentul medical în cazul în care şi-ar pierde capacitatea de a lua decizii. Astfel, directivele anticipate permit pacienţilor în situaţia în care se vor afla în stadii terminale, în stare de inconştienţă sau de dizabilitate mental profundă să preîntâmpine tratamente nedorite sau care produc mai multe daune decât beneficii terapeutice.

Directivele în avans pot reprezenta singurul aspect statutat de o persoană referitor la îngrijirile pe care le doreşte sau nu la finalul vieţii sau pot reprezenta doar o parte a unui amplu proces numit ***plan de îngrijire în avans*** (Fischer, Tulsky, Arnold, 2004).

Există două tipuri de directive în avans, directive instrucţionale (testamentul în timpul vieţii, living will) şi împuternicirea unei alte persoane pentru a lua decizii medicale (proxy directive, power of attorney for health care). Un aspect important de subliniat este faptul că persoana respectivă poate anula sau modifica directiva oricând pe parcursul vieţii. Ambele tipuri de directive sunt consultate doar dacă persoana care le-a redactat se află în stare de inconştienţă (Emanuel, 1998; Fischer, Tulsky, Arnold, 2004).

Directivele instrucţionale (living will, health care declarations, health care directives) descriu situaţiile în care o persoană şi-ar dori sau nu un act terapeutic specific. De obicei se face referire la acte terapeutice care ar aduce sau nu beneficii pacientului într-o situaţie clinică dată, de obicei foarte gravă, care ameninţă viaţa. Exemplul tipic este acela în care se specifică "dacă voi fi într-o stare de inconştienţă permanentă în situaţia unei boli terminale nu doresc să fiu resuscitat". Aceasta este poate cea mai cunoscută formă de directivă anticipată, în literatura şi practica medicală fiind intitulată ca "ordinul DNR" (do not resuscitate).

Majoritatea directivelor instrucţionale folosesc scenarii clinice tipice care pot fi anticipate şi specifică abordări terapeutice dorite sau nu de persoana respectivă, în general referitoare la măsuri de susţinere artificială a vieţii, respiraţie artificială, alimentaţie artificială.

Directivele instrucţionale pot cuprinde indicaţii generale sau specifice. De multe ori se folosesc termeni generici de tipul "măsuri eroice", "tratamente inutile", "tratament agresiv". Directivele instrucţionale intră în vigoare doar în circumstanţele clinice descrise în document (Emanuel, 1998; Fischer, Tulsky and Arnold, 2004; Mayo Foundation for Medical Education and Research, 2013).

Conţinutul directivelor anticipate a constituit un subiect în continuă dezbatere. Directivele pot conţine doar prevederi legale pentru ţara în care sunt redactate. Pe lângă prevederile specificate anterior, directivele în avans pot conţine şi aspecte legate de tradiţii religioase pe care pacientul şi le doreşte la finalul vieţii sau de donarea propriilor organe pentru transplant (Ioan, Dumitraş & Enache, 2013).

Împuternicirea unei terţe persoane pentru a lua decizii medicale permite persoanei care redactează documentul să desemneze o altă persoană (sau alte persoane) să ia decizii în cazul în care pacientul ar deveni incapabil de acest lucru (tulburări psihice, pierderea cunoştinţei). Aceste directive nu cuprind preferinţele sau valorile pacientului, ci doar persoana desemnată de pacient. Rolul împuternicitului, persoanei de încredere desemnate de pacient este de a informa medicul cu privire la valorile, personalitatea şi dorinţele pacientului astfel încât să poată lua împreună o decizie cât mai apropiată de cea pe care ar fi luat-o pacientul însuşi (Emanuel, 1998; Fischer, Tulsky &Arnold, 2004). Persoana desemnată drept "decident substitut" (proxy) are rolul de a proteja pacientul inconştient sau incompetent împotriva unor eventuale abuzuri (întreruperea prematură a măsurilor de menţinere artificial a vieţii, abandonul pacientului în stadiul terminal). Au existat multe dezbateri în rândul specialiştilor în bioetică cu privire la ce persoane ar putea fi împuternicite să ia decizii în locul pacienţilor incompetenţi, respectiv ce persoane ar putea cunoaşte mai bine valorile şi dorinţele pacientului: rude, prieteni, avocatul familiei, medicul de familie. Un lucru este cert, pentru a preveni conflictele de interese sau abuzurile ar trebui ca persoanele împuternicite pentru a lua decizii medicale să difere de cele care gestionează resursele materiale ale pacientului (Ioan, Dumitraş şi Enache, 2013)

O persoană care îşi propune să statuteze îngrijirile pe care le doreşte la finalul vieţii poate redacta un singur tip din cele două sau le poate combina. Astfel, dacă a fost redactată o directivă instrucţională şi aceasta este prea vagă sau nu a anticipat situaţia în care se află pacientul, astfel că nu poate fi de ajutor echipei medicale într-o situaţie dată, împuternicirea unei alte persoane pentru a lua decizii poate fi complementară şi de ajutor echipei medicale (Ioan, Dumitraş & Enache, 2013).

Planul de îngrijire în avans este un proces amplu şi se referă la orice modalitate de a anticipa tipul de îngrijire dorit de o persoană în cazul în care acesta va fi într-o incapacitate decizională. Acest plan include trei etape. În primul rând se impune o etapă de informare a persoanei care doreşte să-şi alcătuiască un astfel de

plan cu privire la situaţii în care îşi poate pierde capacitatea de a lua decizii, la posibile intervenţii medicale, şansele lor de reuşită, efectele adverse şi dizabilităţile care pot să apară în urma aplicării unora dintre aceste intervenţii. Desigur, se pune problema existenţei unei echipe multidisciplinare care poate oferi informaţii pertinente şi poate consilia persoana respectivă. Aceasta echipă ar trebui să fie alcătuită din medici, consilieri spirituali, jurişti, asistenţi sociali şi alţi profesionişti din domenii conexe medicinei. La acest proces de informare şi consiliere pot participa şi membri ai familiei sau persoane de încredere din anturajul persoanei în cauză. După etapa de informare urmează o etapă de gândire a pacientului sau de dialog cu specialiştii şi/sau persoanele de încredere, etapă în urma căreia se vor lua deciziile cu privire la îngrijirile medicale dorite sau nu. În această etapă persoana pe cale să-şi stabilească planul de îngrijire în avans îşi poate identifica valorile, credinţele personale care doreşte să-i fie respectate în procesul de luare a deciziilor. De asemenea, poate fi definit un grad minim acceptabil al calităţii vieţii în urma intervenţiilor medicale efectuate în stare de inconştienţă. Dialogul cu specialiştii echipei de planificare în avans se centrează pe câteva idei: care sunt scopurile în viaţă ale persoanei respective, temerile pe care le are persoana referitor la diferite tipuri şi grade de dizabilitate, cum speră să fie finalul vieţii şi ce condiţii clinice sunt considerate mai greu de suportat decât sfârşitul vieţii. O a treia etapă a planului de îngrijire în avans presupune documentarea în scris a preferinţelor, a alegerilor făcute (Fischer, Tulsky and Arnold, 2004; Cantor & Pearlman, 2004). Planul de îngrijire în avans poate cuprinde nu numai informaţii referitoare la ce îngrijiri îşi doresc sau nu pacienţii, ci şi locul unde îşi doresc să moară aceştia, aspect important şi puternic influenţat de factori culturali şi medicali (Nabili, 2013).

Toate aceste idei, odată împărtăşite medicului consilier, medicului de familie sau celor apropiaţi, pot sta la baza procesului decizional în cazul în care persoana în cauză ar fi inconştientă. Aceste idei pot fi notate în evidenţele medicale ale persoanei respective sau pot fi autentificate într-un cadru juridic devenind directive anticipate (Fischer, Tulsky and Arnold, 2004).

În diferite state ale lumii în care directivele anticipate sunt legiferate, pentru a avea statut de act oficial recunoscut acestea trebuie redactate în scris, identitatea semnatarului trebuie să fie clară, la fel şi data semnării. În unele ţări actul se autentifică de către notar sau un serviciu specializat în redactarea acestor acte şi se semnează şi de către medicul care a informat şi consiliat persoana care a semnat actul. Unele state cer şi atestarea stării de competenţă şi de absenţă a afecţiunilor care presupun lipsa discernământului persoanei care a semnat actul (Andorno, 2008, apud. Ioan, Dumitraş & Enache, 2013).

Planul de îngrijire în avans, pe lângă rolul de a uşura luarea deciziilor medicale (în conformitate cu dorinţele pacientului în situaţii de inconştienţă sau incompetenţă mentală a acestuia) mai are şi alte atribuţii. Persoana care alcătuieşte un astfel de plan poate dobândi un sentiment de control asupra unei situaţii medicale neprevăzute din viaţa sa, obţinând o asigurare că se va lua o decizie în concordanţă cu valorile şi dorinţele sale. Planul de îngrijire în avans poate uşura familia de povara luării unei decizii în cazul rudelor inconştiente aflate în stări

clinice grave (a continua sau nu susţinerea artificială a vieţii?). De asemenea, planul de îngrijire în avans poate preveni conflictele care se pot naşte între familiile pacienţilor inconştienţi şi membrii echipei medicale. Aceste conflicte pot fi centrate pe două tipuri de scenarii, o primă situaţie în care familia cere menţinerea unor măsuri terapeutice intensive sperând faptul că pacientul îşi va recăpăta starea de conştienţă în timp ce echipa medicală conştientizează că dacă se continuă acele tratamente nu se vor obţine rezultate terapeutice. Alteori medicii recurg la măsuri "eroice" de menţinere în viaţă a pacientului neacceptând limitele medicinei, în timp ce familia ar pune capăt suferinţei (Pârvu, 2013; Pârvu, Moisa & all, 2012; Whitmer & Prins, 2009).

Planul de îngrijire în avans în general, precum şi directivele în avans în particular, nu se recomandă a fi redactate doar de către persoanele în vârstă, spre exemplu, în materialele informative ale Clinicii Mayo, specialiştii acesteia accentuează pe faptul că situaţii neaşteptate care pot duce la finalul vieţii pot apărea la orice vârstă şi este recomandabil ca orice persoană să-şi redacteze un astfel de document, indiferent de vârstă (Mayo Foundation for Medical Education and Research, 2013).

Un studiu efectuat în Statele Unite arată că decizia unor persoane de a-şi alcătui un plan de îngrijire în avans s-a corelat cu atitudinile individuale, cu valorile şi convingerile culturale, starea de sănătate a persoanelor respective şi cu încrederea acordată sistemului sanitar (Jones, Moss & Harris-Kojetin, 2011). Alt studiu având la bază chestionare aplicate unui număr de 1587 de familii ale unor pacienţi din SUA decedaţi a arătat că 70% îşi alcătuiseră un plan de îngrijire în avans. Alcătuirea acestui plan s-a corelat cu utilizarea ridicată a serviciilor de îngrijire tip hospice şi cu o mai bună comunicare cu medicii (Teno et al., 2007).

3. Aspecte bioetice legate de directivele în avans. Avantaje şi limite

Redactarea şi utilizarea în context clinic a unei directive anticipate reprezintă fără îndoială o extensie a consimţământului informat şi se bazează pe principiul bioetic al autonomiei pacientului. Pacienţii care şi-au pierdut capacitatea de a lua decizii au dreptul de a refuza un tratament, chiar dacă acesta le-ar prelungi viaţa, directiva în avans fiind o formă de continuare a exercitării dreptului decizional (Dumitraş, Enache & all., 2013; Fischer, Tulsky and Arnold, 2004; LoBuono, 2000). Respectarea autonomiei pacientului în luarea deciziilor medicale este un concept puternic influenţat cultural şi temporal. Astfel, în mijlocul secolului trecut modelul medical paternalist de comunicare medicală şi luare a deciziilor medicale a început să piardă teren în favoarea unui model partenerial şi a autonomiei pacientului. Această schimbare s-a produs din punct de vedere geografic dinspre vest, spre est, începând din Statele Unite şi continuând cu Europa de vest, ulterior conceptul de autonomie a pacientului pătrunzând şi în Europa de Est. Directiva în avans este o expresie a "autonomiei prospective", a "autonomiei viitoare" (Cantor, 1992; Ioan, Dumitraş & Enache, 2013).

Directiva în avans reprezintă şi un instrument care susţine principiul bioetic al beneficienţei unui tratament medical. În situaţii de incompetenţă, pacientul poate

informa medicul cu privire la beneficiul pe care îl doreşte în urma tratamentului (doreşte să fie susţinut în viaţă cu orice preţ? Acceptă sau nu un anumit grad de dizabilitate? Anumite tratamente îi ştirbesc demnitatea?). Astfel, directiva anticipată poate susţine cele mai bune interese ale pacientului (Fischer, Tulsky and Arnold, 2004; Ioan, Dumitraş & Enache, 2013).

Directiva în avans reprezintă un subiect controversat aflat în centrul a numeroase dezbateri ale specialiştilor în bioetică. Unele dintre obiecţiunile cele mai des întâlnite în literatură vor fi expuse în cele ce urmează.

Un principal dezavantaj al directivelor anticipate se referă la situaţia în care persoanele sănătoase iau decizii pentru contexte clinice pe care nu le pot anticipa. Pentru o persoană sănătoasă este dificil să se imagineze într-o situaţie de inconştienţă sau de incapacitate decizională (Brett, 1991; Fischer, Tulsky & Arnold, 2004).

Deseori exprimarea utilizată în formularul directivelor este mult prea generală, spre exemplu "dacă nu există şanse rezonabile să-mi revin, întrerupeţi toate mijloacele de menţinere artificială a vieţii" sau "doresc să se facă totul pentru a fi menţinut în viaţă" sau "opriţi orice tratament". Utilizând această formulare va fi foarte dificil pentru echipa medicală să stabilească ce înseamnă "şanse rezonabile" sau chiar "mijloace de menţinere artificială a vieţii". Exprimările de tip "opriţi orice tratament" au dus la apariţia unor cazuri clinice controversate din punct de vedere etic, situaţii în care s-a dezbătut intens ce înseamnă "tratament" şi dacă hidratarea sau alimentaţia artificială pot fi incluse în sfera tratamentelor.

Cu alte cuvinte, un dezavantaj al directivelor anticipate ar fi prevederile prea generale care nu ar putea duce la soluţionarea unor situaţii particulare. Pe de altă parte, dacă cineva şi-ar propune să detalieze foarte multe amănunte, oricum nu ar putea cuprinde toate situaţiile clinice în care pacientul ar putea fi în stare de inconştienţă sau incompetenţă. (Brett, 1991; Fischer, Tulsky & Arnold, 2004).

Un alt argument adus împotriva directivei este faptul că anumite persoane nu înţeleg exact (sau înţeleg greşit) circumstanţele medicale prezentate în directivă, existând riscul să semneze în mod eronat că sunt de acord cu anumite manevre medicale. Acest aspect poate fi preîntâmpinat dacă persoana în cauză trece prin întregul proces de consiliere expus în subcapitolul anterior şi dacă nu se redactează doar un act, ci se pune la punct un întreg plan de îngrijire în avans care ar putea reflecta valorile şi dorinţele pacientului. De asemenea, pentru a înlătura neînţelegerile sau abuzurile, directiva în avans de tip instrucţional semnată de un pacient poate fi interpretată cu prudenţă de către echipa medicală împreună cu comisia de etică a spitalului sau împreună cu persoana desemnată ca împuternicit (Brett, 1991; Fischer, Tulsky & Arnold, 2004; Ioan, Dumitraş & Enache, 2013).

Pentru a înlătura orice posibil abuz asupra unei persoane există situaţii clar stipulate în legislaţia fiecărei ţări care a legiferat directiva anticipată, situaţii în care directiva este considerată invalidă şi nu trebuie luată în considerare de către echipa medicală. Spre exemplu, în legislaţia din Regatul Unit se arată că un medic nu va urma directiva dacă descoperă că individul respectiv a efectuat schimbări în viaţa personală care invalidează directiva (spre exemplu, dacă a trecut la o altă religie care interzice oprirea unui tratament, iar in directivă stipulase acest lucru). De

asemenea se invalidează directiva dacă există ambiguități de exprimare sau dacă între timp au apărut alte tratamente care ar oferi șanse mai bune pacientului respectiv, tratamente care nu existau în momentul redactării actului. Directiva este invalidată și dacă nu este semnată, dacă există dubii în legătură cu autenticitatea semnăturii sau a întregului act sau dacă există vreo suspiciune că cel care a semnat directiva nu a luat de bunăvoie această decizie (Draper, 2011).

Directiva în avans poate fi semnată cu mult timp înainte ca ea să fie necesară pentru luarea unei decizii. Din acest motiv, în momentul semnării actului persoana care o semnează poate avea un sistem de valori și niște dorințe bazate pe experiența sa de viață. În perioada de timp care se scurge între momentul semnării și cel al utilizării directivei, persoana în cauză poate să-și schimbe gândirea, valorile, dorințele referitoare la finalul vieții, poate chiar experiența legată de boala respectivă să îi fi schimbat deciziile. În această perioadă de timp se pot înregistra noi progrese medicale care să poată controla anumite stări clinice considerate poate incurabile în momentul semnării actului. Acestea reprezintă alte dezavantaje care sunt contracarate de susținătorii directivei anticipate prin faptul că ceea ce este stipulat în directivă poate fi oricând anulat sau modificat (Brett, 1991; Fischer, Tulsky & Arnold, 2004;). Spre exemplu, în ghidurile de completare ale directivelor anticipate ale Clinicii Mayo, există sfatul de a citi și revizui din când în când directiva anticipată. Pentru acest lucru pot fi urmați pașii parcurși la redactarea ei, fiecare persoană putând beneficia de un consilier care să-i prezinte noutăți medicale sau legislative importante legate de ceea ce a stipulat în directivă. Orice prevedere din act poate fi modificată și variantele anterioare pot fi distruse (Mayo Foundation for Medical Education and Research, 2013).

Alt dezavantaj al directivelor anticipate dezbătut în literatură este indisponibilitatea acestora în momentul în care sunt necesare echipei medicale care îngrijește un pacient incompetent sau în stare de inconștiență. Acest aspect ar putea fi soluționat printr-un sistem medical informatizat care să notifice echipele medicale cu privire la existența directivelor sau la îngrijirile dorite sau nu de pacient într-un context clinic particular. Alte sugestii regăsite în literatură ar fi ca directivele să fie stocate de către medicul de familie, de către avocat sau orice medic să întrebe de rutină fiecare pacient dacă și-a completat un astfel de document. De multe ori medicii se feresc de discuții referitoare la completarea acestui act, aceste discuții pot induce bolnavului impresia că medicul insinuează ca bolnavul se apropie de finalul vieții, are o boală incurabilă sau ar putea intra într-o stare de inconștiență în viitorul apropiat (Ioan, Dumitraș & Enache, 2013; Fischer, Tulsky & Arnold, 2004).

Oponenții eutanasiei se opun și directivelor anticipate aducând argumentul prin care acestea ar reprezenta o formă de eutanasie. Analizând mai atent problema, directiva anticipată prin care se stipulează abținerea de la un anumit tratament de menținere a funcțiilor vitale ar putea fi considerată o formă de eutanasie pasivă prin abținerea de la tratament. Această formă de eutanasie este cea mai puțin controversată (Ryan, 1996).

Un alt aspect etic important este reprezentat de faptul că multe persoane aflate în deplină stare de sănătate nu doresc să se gândească la situația în care ar fi

inconştienţi în urma unor boli grave sau incompetenţi mental, negând faptul că li s-ar putea întâmpla aşa ceva. Există persoane care niciodată nu se vor considera pregătite să discute despre planul de îngrijire în avans. Echipele de îngrijire medicală trebuie să fie sensibile la acest aspect şi să conştientizeze că alcătuirea unui astfel de plan sau semnarea unei directive anticipate reprezintă instrumente care pot fi oferite cetăţenilor în cazul în care aceştia doresc să anticipeze anumite situaţii, să uşureze procesul decizional despovărând medicul sau familia. Planul de îngrijire în avans sau directivele nu trebuie sa fie impuse obligatoriu şi nu au caracter de obligativitate în nici o ţară în care au fost legiferate (Fischer, Tulsky & Arnold, 2004).

4. Legiferarea directivei în avans în diferite ţări ale lumii

Necesitatea reglementării luării unor decizii medicale în situaţia pacienţilor cu starea de conştienţă pierdută a apărut în SUA la finele decadei `60 a secolului trecut. Cu toate că propunerea a fost făcută într-una dintre primele ţări care au promovat autonomia pacientului şi a diminuat modelul paternalist de acordare a îngrijirilor medicale în favoarea celui partenerial, primele propuneri privind legiferarea directivelor în avans au fost respinse (Emanuel 1998; Nabili, 2013). Astfel, în 1967 avocatul Luis Kutner a propus spre legiferare primul „living will", propunerea fiind respinsă. Un an mai târziu, medicul Walter F. Sackett propune statului Florida un proiect de lege prin care permitea pacienţilor să ia decizii privitoare la utilizarea echipamentelor medicale de susţinere a funcţiilor vitale. Proiectul este respins, repropus în 1973 şi respins din nou. În acelaşi timp, în California Barry Keene propune un proiect legislativ similar, iniţiativa fiind bazată pe o experienţă personală a unui bolnav în stadiu terminal din familia sa. Proiectul a fost respins în 1974 pentru a fi votat în septembrie 1976, California devenind astfel primul stat american care a legiferat un „living will". În acelaşi an, 43 de state americane au analizat posibilitatea legiferării directivelor în avans, 7 dintre ele promulgând legea. Până în 1992 toate statele americane au legiferat directiva anticipată (Nabili, 2013).

În Europa, în anumite ţări directivele anticipate au fost legiferate (Marea Britanie, Austria, Spania, Belgia, Olanda, Finlanda, Ungaria, Germania, Danemarca, Elveţia - în unele cantoane). În Franţa, directivele anticipate nu au forţă juridică, ci doar valoare orientativă pentru luarea deciziilor în cazul pacienţilor în stadiul terminal. În ţările europene în care au fost legiferate directivele există diferenţe în ceea ce priveşte statutul acestora, forţa legală a documentului, gradul în care acesta este completat de cetăţeni sau utilizat de medici în luarea deciziilor în cazul pacienţilor incompetenţi. Completarea sau utilizarea directivelor în avans este puternic influenţată de factori culturali, sociali, precum şi de tradiţiile ţărilor respective.

Cu toate acestea, în Europa directivele în avans sunt completate de un procent scăzut de cetăţeni, de multe ori nu sunt disponibile în momentul necesar luării unei decizii sau nu se ţine strict cont de prevederile statutate, fiind doar

orientative. Din aceste motive se consideră în literatură că directivele în avans sunt slab reprezentate în practica medicală europeană (Ioan, Dumitraş & Enache, 2013).

Convenţia de la Oviedo (Convenţia Europeană din pentru protecţia drepturilor omului şi a demnităţii fiinţei umane faţă de aplicaţiile biologiei şi medicinei, Convenţia privind drepturile omului şi biomedicina) oferă un punct de pornire pentru introducerea în practica medicală a directivelor anticipate. Articolul 9 al Convenţiei se referă la dorinţele pacienţilor exprimate anterior: „vor fi ***luate în considerare*** dorinţele exprimate anterior cu privire la o intervenţie medicală de către un pacient care în momentul intervenţiei nu este într-o stare care să îi permită să îşi exprime voinţa" (Convenţia de la Oviedo, 1997). Acest articol 9 îşi propune pe de o parte să reglementeze luarea deciziilor în conformitate cu exprimarea anticipată a dorinţei pacientului, pe de altă parte, articolul a provocat numeroase dileme etice care s-au materializat în dezbateri pornite de la recomandarea „vor fi luate în considerare" dorinţele pacientului, deci respectarea unei directive în avans încheiată de pacient nu va avea caracter obligatoriu (Convenţia de la Oviedo, 1997; Ioan, Dumitraş & Enache, 2013). În Raportul explicativ al Convenţiei de la Oviedo (articolele 60-62) se precizează că „a lua în considerare dorinţele pacienţilor exprimate în prealabil nu înseamnă că ele trebuiesc îndeplinite în mod obligatoriu". Acest Raport explicativ nu prezintă un set de criterii clare pentru a defini situaţia în care un medic poate să nu respecte dorinţele bolnavului anterior exprimate. Raportul oferă însă exemple în care „există motive să nu se ţină seama de opţiunile exprimate în prealabil de pacient": un interval lung de timp scurs de la exprimarea dorinţelor pacientului, timp în care medicina a progresat. (Raportul Explicativ al Convenţiei de la Oviedo, 2009). Cu alte cuvinte, Convenţia de la Oviedo evită impunerea unui caracter legal strict şi obligatoriu directivelor anticipate, recomandând o analiză atentă a stării clinice a bolnavului, iar dacă diagnosticul sau situaţia clinică nu se corelează cu aspectele statutate in directiva anticipată, medicul poate să nu respecte directiva, aceasta având doar caracter orientativ. Aceeaşi atitudine echilibrată se regăseşte într-un alt document european, Recomandarea 1418/1999 privind Protecţia drepturilor omului şi a demnităţii pacienţilor terminali. Acest act recunoaşte dreptul la autonomie şi la respectarea demnităţii pacienţilor aflaţi în stadii terminale şi recomandă să fie respectate prevederile stipulate în directivele anticipate semnate de aceste peroane. Se adaugă precizarea că dacă există dubii referitoare la deciziile luate în urma consultării directivei anticipate care nu ar fi totuşi în concordanţă cu dorinţa persoanei care a semnat-o, atunci se va lua o decizie în favoarea prelungirii vieţii pacientului (Recomandarea 1418/1999 privind Protecţia drepturilor omului şi a demnităţii pacienţilor terminali - articolul 9.b.IV).

5. Directiva în avans în contextul socio-economic şi cultural românesc

În România nu există o legislaţie specifică pentru reglementarea directivei în avans. În 2001, România a ratificat Convenţia de la Oviedo (Legea 17/2001). Deciziile medicale cu privire la pacienţii aflaţi în stare de inconştienţă sau incompetenţi se iau de către medicul curant sau în Comisia de indicaţii terapeutice

(în spitalele în care aceasta există) sau împreună cu reprezentanții legali ai pacientului respectiv. Medicii au la dispoziție și Comisiile de Etică ale spitalelor la care pot apela în situații dilematice.

Autonomia pacientului, dreptul acestuia de a participa la luarea deciziilor medicale sau de a refuza un tratament sunt apărate de Legea nr. 46/2003 (Legea drepturilor pacientului), Legea 95/2006 (Legea privind reforma în sănătate), Codul de Deontologie Medicală al Colegiului Medicilor din România.

Astfel, în articolul 6 al Legii Drepturilor Pacientului se stipulează că acesta „ are dreptul de a fi informat asupra stării sale de sănătate, a intervențiilor medicale propuse, a riscurilor potențiale ale fiecărei proceduri, a alternativelor existente la procedurile propuse, *inclusiv asupra neefectuării tratamentului și nerespectării recomandărilor medicale,* precum și cu privire la date despre diagnostic si prognostic." Articolul 13 al aceleiași legi arată că "*pacientul are dreptul să refuze sau să oprească o intervenție medicală* asumându-și, în scris, răspunderea pentru decizia sa; consecințele refuzului sau ale opririi actelor medicale trebuie explicate pacientului." În articolul 14 se stipulează că atunci "când pacientul nu își poate exprima voința, dar este necesară o intervenție medicală de urgență, personalul medical are dreptul să deducă acordul pacientului dintr-o *exprimare anterioară a voinței acestuia"* (Legea Drepturilor Pacientului, 2003).

După cum am arătat anterior, în România nu există o lege care să statuteze directivele anticipate. Fragmentele din Legea Drepturilor Pacientului subliniate în paragraful anterior creează cadrul introducerii unei astfel de legislații, protejând dreptul pacientului de a refuza un tratament, dreptul la informații privind consecințele refuzului unui tratament, precum și posibilitatea ca personalul medical să deducă consimțământul pacientului dintr-o exprimare anterioară a acestuia.

Aceste drepturi sunt apărate și de Legea privind reforma în domeniul sănătății, articolul 376 (1) stipulează "cu excepția cazurilor de forță majoră, de urgență ori când pacientul sau reprezentanții legali ori numiți ai acestuia sunt în imposibilitate de a-și exprima voința sau consimțământul, medicul acționează respectând voința pacientului și dreptul acestuia de a refuza ori de a opri o intervenție medicală."

Există puține studii în România cu privire la acceptarea legiferării directivelor anticipate. În continuare vor fi prezentate rezultatele unui studiu transversal descriptiv, referitor la utilitatea, acceptabilitatea și reglementarea directivei în avans în România[2].

Datele au fost culese prin metoda chestionarului. Întrebările au fost mixte, chestionarul fiind pretestat și validat pe 10% din numărul total de subiecți. Chestionarul a cuprins un număr de 19 întrebări, dintre care 7 s-au centrat strict pe directiva în avans (Personal ați auzit despre directiva în avans?; Considerați că un

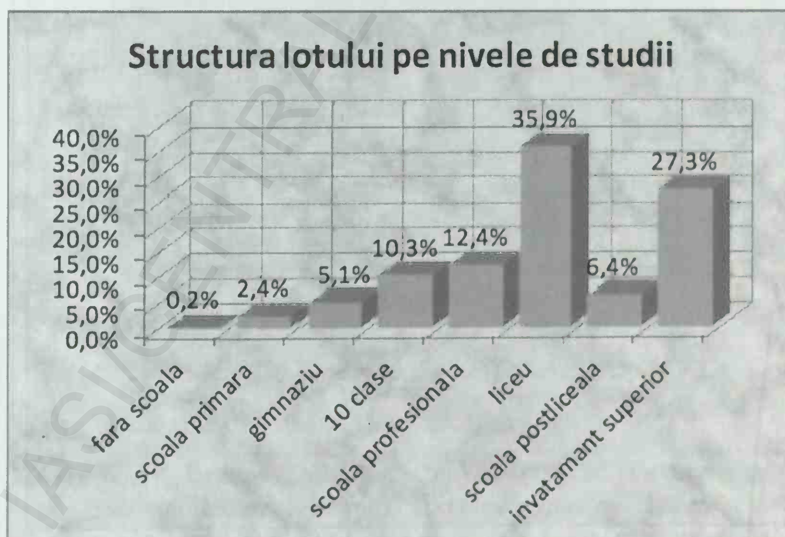
---

[2] Studiul face parte din Proiectul European POSDRU/89/1.5/S/61879, proiect cofinanțat din Fondul Social European prin Programul Operațional Sectorial pentru Dezvoltarea Resurselor Umane 2007 – 2013. Domeniul major de intervenție 1.5 „Programe doctorale și post-doctorale în sprijinul cercetării". Titlul proiectului: „Studii postdoctorale în domeniul eticii politicilor de sănătate".

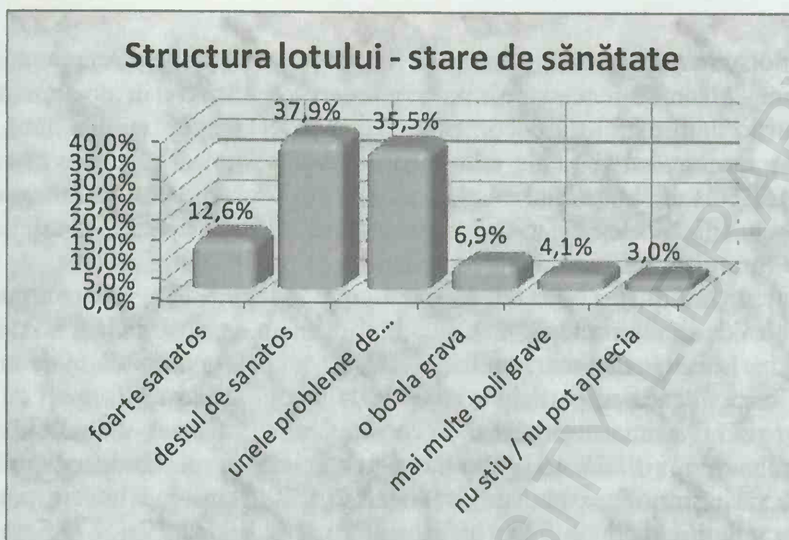
astfel de document ar fi util?; Credeţi că românii ar accepta legiferarea unui astfel de document?; Care ar fi avantajele pe care le-ar oferi un astfel de document?; Care ar fi riscurile unui astfel de document?; După părerea dvs. numiţi două lucruri importante care ar trebui sa fie menţionate într-un astfel de document?; Cine ar trebui să elaboreze, în primul rând, un astfel de document?). În chestionar se solicitau şi justificări ale răspunsurilor şi s-a oferit iniţial şi o definiţie a directivelor anticipate formulată într-un limbaj comun.

Grupul ţintă a fost selectat din populaţia Judeţului Iaşi, persoane peste 18 ani, vorbitori de limba română, fără afecţiuni psihice. Au fost incluşi un număr de 828 subiecţi. Limitele de eroare au fost de +/- 3.4%, pentru un interval de încredere de 95%. Respondenţii au participat voluntar la studiu, au fost informaţi cu privire la cercetare şi au semnat formularul de consimţământ informat al studiului. Datele au fost prelucrare în SPSS 16.0. Studiul a fost condus respectând toate principiile eticii cercetării ştiinţifice statutate în Legea 206/2007 privind bunele practici în cercetarea ştiinţifică. Studiul a primit acceptul Comisiei de Etică a Cercetării a Universităţii de Medicină şi Farmacie "Gr T Popa" din Iaşi.

Caracteristici demografice ale lotului studiat: 45,3% bărbaţi, 54,7% femei, vârsta medie 43 de ani. Gradul de şcolarizare al eşantionului - vezi graficul nr. 1. În relaţie cu opiniile religioase, s-a constatat că majoritatea participanţilor la studiu (73,7%) aparţin diferitelor culte religioase, 16,8% nu au convingeri religioase, iar 9,5% nu au răspuns la această întrebare. Starea de sănătate a repondenţilor reieşită din declaraţiile acestora este reprezentată în graficul nr. 2. Bolile declarate de repondenţi au fost cele cardiovasculare (6.2%), diabet (5.0%), astm, cancer sau hepatopatii, fiecare în procent de 1.3%.

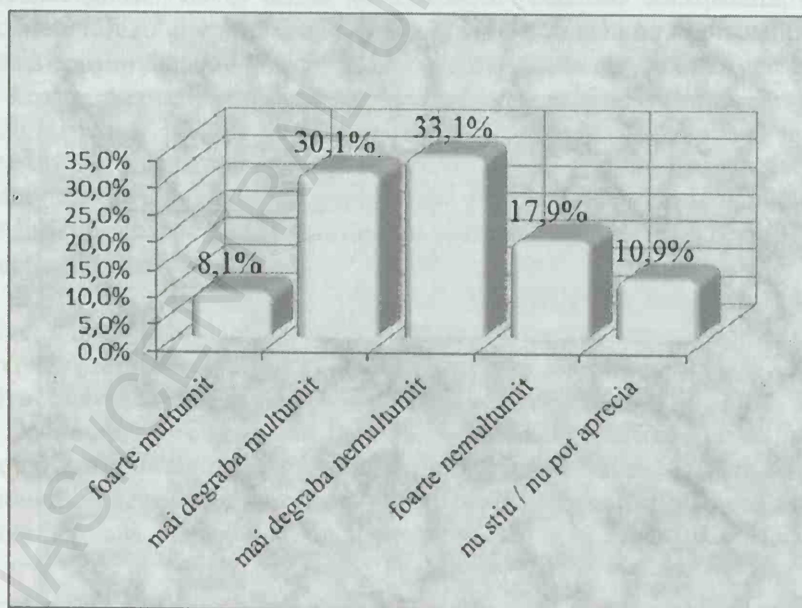


Graficul 1. Gradul de şcolarizare al lotului studiat.



Graficul 2. Starea de sănătate a repondenţilor.

8,1% dintre respondenţi s-au declarat nesatisfăcuţi de sistemul sanitar românesc, 17,9% s-au declarat satisfăcuţi, gradul de mulţumire faţă de sistemul sanitar fiind prezentat în graficul nr. 3. Din totalul de 828 participanţi, 51.8% au declarat că au intrat în contact sau au comunicat cu pacienţi din anturajul lor care au suferit de cancer.



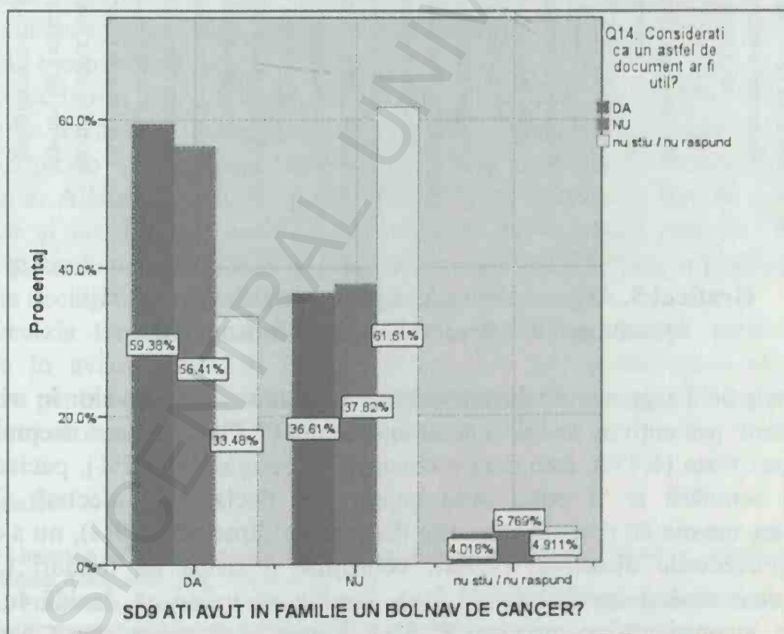
Graficul 3. Gradul de mulţumire al repondenţilor faţă de sistemul sanitar românesc.

La întrebarea dacă au auzit până în acel moment despre directiva în avans, 18,6% dintre persoanele chestionate au răspuns că da, în timp ce 63,9% nu au auzit, 17,3% preferând să nu răspundă la această întrebare.

Întrebaţi despre opinia lor privind utilitatea introducerii directivelor anticipate în România, 51,4% consideră un astfel de instrument util în luarea deciziilor medicale (în situaţia pacienţilor inconştienţi/incompetenţi), 18,8% nu îl consideră util, iar 27,1% nu răspund la această întrebare. Nivelul de educaţie al subiecţilor s-a corelat semnificativ statistic cu concepţia că directiva în avans este un instrument util în luarea deciziilor medicale (Testul χ^2= 25,925, DF= 14, p= 0,026). Mai mulţi absolvenţi de liceu, şcoală profesională sau universitate au considerat directiva anticipată un instrument util faţă de cei care au un grad de şcolarizare mai redus (Coeficientul Spearman=-0,108, p=0,002).

Percepţia directivei în avans ca un instrument util nu s-a corelat cu vârsta (test $\chi2$ = 4.229, DF = 4, p = 0.376), sexul (test $\chi2$ = 1.792, DF = 2, p = 0.408), apartenenţa la un grup religios (test $\chi2$ = 2.604, DF = 4, p = 0.626) sau starea de sănătate a subiectului (test $\chi2$ = 6.105, DF = 10, p = 0.806).

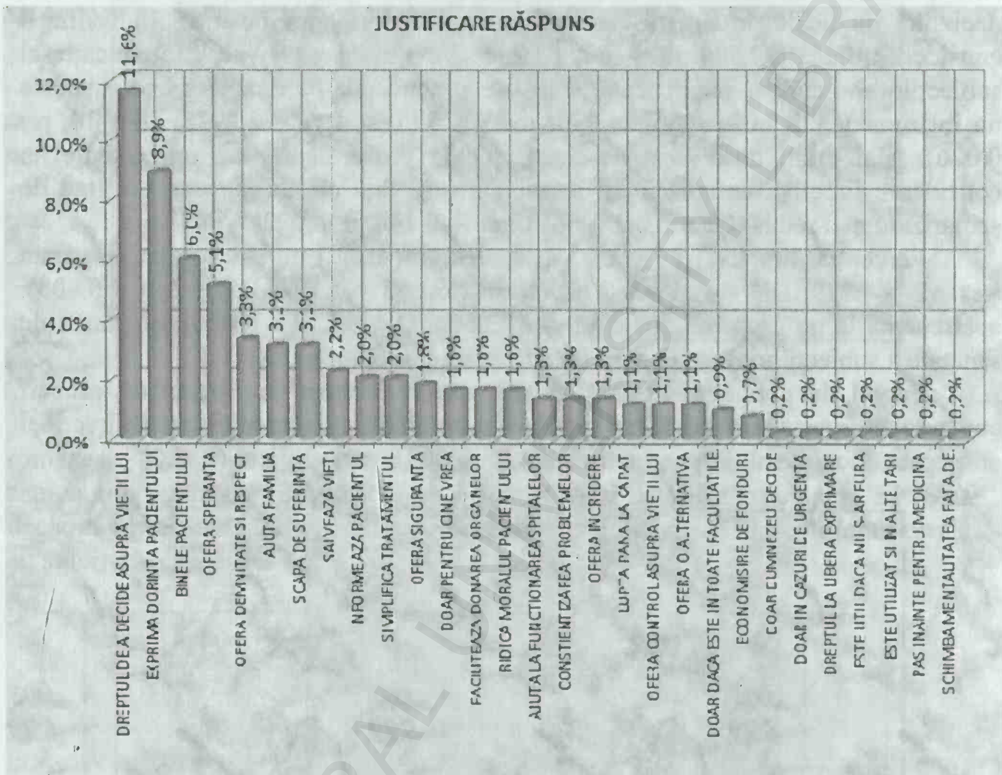
Faptul de a fi avut în familie sau printre prieteni un bolnav de cancer/ contactul cu acesta se corelează semnificativ statistic cu idea de utilitate a directivei anticipate (Coeficientul Spearman=0,194, p=0.000), vezi graficul nr. 4.



Graficul 4. Utilitatea directivei în avans raportat la experienţa subiectului de a fi comunicat cu un bolnav de cancer.

Subiecţilor care au considerat directiva în avans un instrument util în luarea deciziilor medicale în România li s-a solicitat să-şi justifice răspunsul. Principalele argument au fost: directiva oferă pacientului dreptul de a decide asupra vieţii lui

(11,6% din subiecţi), directiva exprimă dorinţa pacientului (8,9% dintre subiecţi), directiva pledează pentru binele pacientului (6% dintre subiecţi). Restul argumentelor în favoarea utilităţii introducerii directivei în avans în România sunt prezentate în graficul nr. 5



Graficul 5. Argumentele aduse pentru justificarea utilităţii introducerii directivelor anticipate în România.

Principalele argumente aduse împotriva introducerii directivelor în avans în România sunt: pacienţii nu ar folosi acest instrument (7,7%), nu avem dreptul să ne luăm singuri viaţa (6,4%), este contra conceptelor religioase (3,2%), pacientul în momentul semnării ar fi putut avea capacitatea decizională afectată (2,6%), pacientul are nevoie de o şansă care este distrusă de directivă (1,9%), nu s-ar ţine cont de prevederile directivei (1,9%), constituie o risipă de fonduri (1,9%), directiva doar amână inevitabilul (1,3%), familia ar trebui să decidă în cazul pacienţilor inconştienţi/incompetenţi (1,3%), lumea ar înţelege greşit aspectele stipulate în directivă (1,3%), nu este un lucru normal (1,3%), prelungeşte suferinţa pacientului (1,3%), complică lucrurile inutil (0,6%), contravine legii (0,6%), doctorii ştiu ce au de făcut şi în absenţa acestui document (0,6%), e un fel de sinucidere (0,6%), e incorect pentru pacient (0,6%), se pot crea abuzuri (0,6%).

43,4% dintre subiecţii chestionaţi sunt de acord că ar trebui reglementată/legiferată în România directiva în avans ca procedeu normal de luare

a deciziilor în cazul pacienţilor inconştienţi/incompetenţi, procedeu care le-ar prezerva demnitatea. 25,1% nu sunt de acord cu legiferarea, în timp ce 31,5% nu ştiu sau nu răspund la întrebare.

Rezultatele acestui studiu demonstrează că nivelul de cunoştinţe (al eşantionului chestionat) cu privire la directiva în avans este destul de scăzut, fiind necesare campanii de informare privind dreptul pacienţilor la autonomie, respectiv la autonomia prospectivă. Subiecţii au considerat importantă respectarea autonomiei şi demnităţii pacienţilor în relaţie cu luarea deciziilor la finalul vieţii. Pe de altă parte reiese importanţa pe care subiecţii o acordă îngrijirii pacienţilor în nucleul familial şi luării deciziilor în familie, conform modelului sociocultural din România. Nu în ultimul rând, din opiniile subiecţilor reiese modelul paternalist de acordare a îngrijirilor medicale, model care persistă în sistemul nostru medical.

În situaţia luării în discuţie a legiferării directivei în avans în România, întregul sistem de informare a populaţiei, consiliere, redactare şi aplicare a directivei trebuie să fie raportat la specificul socio-cultural al ţării noastre.

6. Concluzii

Directiva în avans oferă echipei medicale indicii privind dorinţele pacientului incompetent sau cu starea de conştienţă compromisă, fiind un instrument care promovează menţinerea demnităţii şi autonomiei pacientului, fiind o extensie a consimţământului informat.

Directiva în avans este de dorit să facă parte dintr-un larg proces, planul de îngrijire în avans, un model holistic prin care semnatarul îşi defineşte propriile valori culturale şi spirituale care stau la baza luării unei decizii terapeutice importante. Alături de semnarea unei directive instrucţionale este de dorit să fie desemnat şi un decident substitut, o persoană de încredere care să-I cunoască valorile şi credinţele celui care îşi alcătuieşte planul de îngrijire în avans, persoană care să ia decizii împreună cu echipa medicală.

Decizia terapeutică legată de un anumit bolnav trebuie particularizată, directiva în avans putând fi impusă în practică sau putând avea un caracter orientativ pentru echipa medicală care întotdeauna trebuie să aibă ca prim scop binele pacientului.

Bibliografie

Brett AS. Limitation of Listing Specific Medical Interventions in Advance Directives. Journal of American Medical Association 1991, 226(6), p. 855-828.

Cantor NL, Prospective autonomy: On the limits of shaping one's post-competence medical fate. Journal of Contemporary Health Law and Policy 1992, 8, p. 13-48.

Cantor MD, Pearlman RA. Advance care planning in long-term care facilities. J Am Med Dir Assoc. 2004 Mar-Apr;5(2 S):S72-80.

Colegiul Medicilor din România. Codul de deontologie medicala. Disponibil la: http://www.cmb.ro/legislatie/codulDeontologic/cod.pdf [accesat la 10 mai 2012].

Draper R. Advance Directives (Living Wills). Disponibil la: www.patient.co.uk-doctor-advance-directives-living-wills [citat la 15 oct 2013]

Dumitras S, Enache M, Parvu A, Moisa SM, Iov C, Ioan B. Advance Directive from the Romanian Social Cultural Perspective. Postmodern Openings 2013, 4(1), p 73-88.

Emanuel EJ. Ethics of Treatment: Palliative and Terminal Care. In: Holland JC,ed. Psycho-oncology. New York: Oxford University Press, 1998, p 1096-1111.
Fischer GS, Tulsky JA and Arnold RM. Advance Directives and Advance Care Planning. In: Post, SG, ed. Encyclopedia of Bioethics, 3rd ed. New York: Mac Millian, 2004, p 74-79.
Ioan B, Dumitraş S, Enache M. Directiva în avans. In: Ioan B, Astărăstoae V, ed. Dileme etice la finalul vieţii. Iaşi: Polirom, 2013, 143-165.
Jones AL, Moss AJ, Harris-Kojetin LD. Use of advance directives in long-term care populations. NCHS Data Brief, 2011(54):1-8.
LoBuono C. A Detailed Examination of Advanced Directives. Patient Care 2000, 34, p 92-108.
Mayo Foundation for Medical Education and Research. Living wills and advance directives for medical decisions. Available at: http://www.mayoclinic.com/health/living-wills/HA00014 [accesat la 15 oct 2013].
Mincu,C.L., Theodorescu,L.(2013). Impactul singurătăţii asupra stării de bine, în Mincu,C.L. (coord.). *Psihoeducaţie pozitivă şi optimizare umană. Psihologie pozitivă şi dezvoltare personală* (vol.1), Editura Universitară, Bucureşti.
Nabili ST. Advance Medical Directives. http://www.medicinenet.com/advance_medical_directives/page3.htm#the_current_ situation
citat la 15 oct 2013].
Pârvu A. Tratamente inutile la finalul vieţii. In: Ioan B, Astărăstoae V, ed. Dileme etice la finalul vieţii. Iaşi: Polirom, 2013, 63-72.
Pârvu A, Moisa S, Gramma R, Enache A, Dumitras S, et all. Inutilitatea unui tratament medical la finalul vieţii. Studia UBB. Bioethica 2012, LVII (2), p 63-74.
Ryan CJ. Betting your life: an argument against certain advance directives. Journal of Medical Ethics, 1996; 22: 95-99.
Teno JM, Gruneir A, Schwartz Z, Nanda A, Wetle T. Association between advance directives and quality of end-of-life care: a national study. J Am Geriatr Soc, 2007,55(2):189-94.
*** Convenţia Europeană din 4 aprilie 1997 pentru protecţia drepturilor omului şi a demnităţii fiinţei umane faţă de aplicaţiile biologiei şi medicinei, Convenţia privind drepturile omului şi biomedicina. Disponibil la: http://www.medlegtm.ro/CONVENTIE%20Oviedo.pdf [accesat la 15 oct 2013].
***Explanatory Report to the Convention on human rights and biomedicine, 2009. Disponibil la: http://conventions.coe.int/Treaty/EN/Reports/Html/164.htm [accesat la 23 nov 2013]
***Legea nr. 17 din 22 februarie 2001 privind ratificarea Conventiei europene pentru protectia drepturilor omului si a demnitatii fiintei umane fata de aplicatiile biologiei si medicinei, Conventia privind drepturile omului si biomedicina, semnata la Oviedo la 4 aprilie 1997, si a Protocolului aditional la Conventia europeana pentru protectia drepturilor omului si a demnitatii fiintei umane fata de aplicatiile biologiei si medicinei, referitor la interzicerea clonarii fiintelor umane, semnat la Paris la 12 ianuarie 1998. Disponibil la: http://www.lege-online.ro/lr-LEGE-17-2001-%2827006%29.html [accesat la 23 nov 2013]
***Legea nr. 46/2003, Legea Drepturilor Pacientului. Disponibil la: http://www.dreptonline.ro/legislatie/legea_drepturilor_pacientului.php [accesat la 15 sep 2012].
***Legea nr.95 din 14 aprilie 2006 privind reforma în domeniul sănătăţii. Disponibil la: http://www.cdep.ro/pls/legis/legis_pck.htp_act_text?idt=72105[accesat la 23 nov 2013]
***Protection of the human rights and dignity of the terminally ill and the dying of the Council of Europe, 1999. Disponibil la: http://assembly.coe.int/main.asp?link=/Documents/AdoptedText/ta99/EREC1418.htm [accesat la 23 nov 2013]

CONTEXTUL TERAPEUTIC ÎN REABILITAREA NEUROPSIHICĂ

Horia Pleş

1. Introducere

1.1. Cadre

Originile reabilitării datează încă din 2500 - 3000 de ani î.Hr.. Exemplele din papirusul lui Smith, furnizate de Walsh (1987) sunt legate de aspectele medicale ale tratamentului, mai degrabă decât de reabilitarea psihică. Reabilitarea modernă a început probabil în timpul primului război mondial, ca urmare a îmbunătăţirii ratelor de supravieţuire ale soldaţilor răniţi în zona capului (Goldstein, 1942). Prima carte scrisă cu privire la reabilitarea soldaţilor care au supravieţuit rănilor prin împuşcare în cap a pledat pentru o abordare interdisciplinară între psihologie, neurologie şi psihiatrie (Poppelreuter, 1917).

Goldstein (1942), scriind despre Primul Război Mondial, a pledat pentru importanţa considerării remediilor pentru deficitele cognitive şi de personalitate după traumatisme cerebrale. Goldstein a folosit o serie de strategii de reabilitare cognitivă, chiar dacă el însuşi nu a utilizat acest termen (Prigatano, 1986). În 1918, Goldstein (apud. Poser et al., 1996) a fost preocupat de posibilitatea restabilirii funcţionării pierdute sau compensării funcţiilor pierdute sau afectate. Goldstein a adus contribuţii şi în terapia ocupaţională. În timpul celui de-al Doilea Război Mondial, Luria, Pravdina-Vinarskaya şi Yarbuss (1963) şi Zangwill (1947) au lucrat cu soldaţi cu traumatisme cerebrale (Luria, Pravdina-Vinarskaya şi Yarbuss în Rusia, Zangwill în Regatul Unit). Zangwill (1947) discută principiile de re-educaţie şi evidenţiază trei abordări principale pentru reabilitare, "de compensare", "înlocuire" şi "recalificare directă".

În SUA cei mai influenţi oameni în reabilitare în timpul celui de-al Doilea Război Mondial au fost Cranich şi Wepman care au lucrat cu persoane ce sufereau de afazie (Cranich, 1947; Wepman, 1951), şi Aita (1946) care a pus la punct un program de tratament pentru bărbaţi cu leziuni penetrante la nivelul creierului. Programul lui Prigatano din Oklahoma City a fost, de asemenea, foarte mult influenţat de Ben-Yishay (Prigatano, 1986), adoptând o abordare holistică. Mai târziu Prigatano a mutat programul său în Phoenix, Arizona. Christensen a deschis un program similar în Copenhaga, Danemarca, în 1985 (Christensen & Teasdale, 1995) şi Wilson şi colegii au deschis Oliver Zangwill - Centrul de Reabilitare Neuropsihologică din Cambridgeshire, Anglia, în 1996 (Wilson et al., 2000).

Gianutsos (1989) sugerează că reabilitarea cognitivă are o origine mixtă, incluzând neuropsihologia, terapia ocupaţională, logopedia şi educaţia specială. Alţii au opinii diferite precum Greenwood şi McMillan (1993) care consideră că

reabilitarea ar trebui să se încline spre neuropsihologie clinică, analiză de comportament, terapie cognitivă de grup şi psihoterapie individuală.

Mitchum şi Berndt (1995) au sugerat că reabilitarea cognitivă ar trebui să fie preocupată cu dezvoltarea unor terapii raţionale pe baza unei analize teoretice a naturii dizabilităţii ce urmează să fie direcţionată spre tratament. Cei mai mulţi specialişti care lucrează în reabilitarea cognitivă consideră că modele teoretice sunt necesare pentru a proiecta un tratament adecvat, în timp ce alţii cred că aceste modele nu sunt suficiente prin ele însele.

În ultimele trei decenii au avut loc schimbări majore în modelele de reabilitare neuropsihologică:

1. terapia reprezintă mai mult un parteneriat (decât era în anii '70 sau '80). Acum discutăm cu familiile şi pacienţii asupra aşteptărilor pe care le au de la programele de reabilitare şi încercăm să ne acomodăm cu aşteptările lor;

2. reabilitarea a evoluat mult dincolo de exerciţii mintale de bază şi de exerciţiile fizice. Pacientul beneficiază nu doar de antrenament pe calculator sau exerciţii mintale, ci şi de aplicaţii ale operaţiilor mintale în cadrele sale de viaţă;

3. obiectivele sunt cele care ghidează procesul reabilitării atunci când planificăm programe de reabilitare. Clienţii, familiile şi personalul negociază obiective adecvate şi stabilesc modul în care acestea urmează să fie realizate;

4. abordarea este hollistă, se ţine cont de interacţiunile dintre problemele cognitive, emoţionale, sociale şi comportamentale. Toate sunt legate între ele şi toate trebuie să fie abordate în cadrul procesului de reabilitare;

5. tehnologia joacă un rol mai amplu decât în trecut, oferind un suport modern pentru compensarea deficitelor cognitive sau motorii;

6. se face apel la mai multe modele sau teorii. Deşi, nici un model sau teorie nu este suficientă pentru a surprinde multiplele dificultăţi întâmpinate cu care se confruntă persoanele cu deficienţe neuropsihologice, avem nevoie de repere, de modele şi teorii, în scopul de a obţine cele mai bune rezultate pentru acele persoane care necesită reabilitare neuropsihică (Wilson et al., 2009).

1.2. Cazuistică

A) Atacul vascular cerebral este des întâlnit şi reprezintă o cauză majoră de mortalitate şi handicap la nivel mondial. Consecinţele fizice şi psihologice ale atacului cerebral pot reprezenta o provocare importantă, cu dificultăţi psihologice precum depresia şi anxietatea, experimentate în mod curent. Este esenţial să se înţeleagă provocările cărora trebuie să le facă faţă cei care au suferit un atac cerebral, factorii ce pot ajuta la depăşirea acestor provocări, pentru a putea dezvolta intervenţii cu aplicaţii şi rezultate pe termen lung (Hackett et al., 2005).

Accidentele vasculare cerebrale sunt una dintre cele mai grave probleme neurologice din lume la ora actuală. Imediat după bolile cardiovasculare şi cancer, accidentele vasculare se află pe locul trei în lista celor mai întâlnite cauze de deces din Occident. Accidentele vasculare sunt cauza a mai mult de jumătate din internările în spitale comunitare şi principalul motiv de plasament în aziluri sau instituţii de îngrijire permanentă. 730.000 de cazuri noi sau recurente sunt

înregistrate anual, iar actual în Statele Unite există 4 milioane de supravieţuitori ai accidentelor vasculare. Cheltuielile estimate în bani şi resurse în urma accidentelor vasculare din 1998 însumează 43,3 miliarde de dolari (*ibidem.*).

Mumma (1986) a descoperit că pacienţii care suferă de un atac cerebral devin din ce în ce mai conştienţi de pierderile după atac, incluzând pierderea independenţei, a mobilităţii şi a capacităţii fizice. Pierderea abilităţilor funcţionale poate duce la schimbarea concepţiei despre sine; cei care au suferit un atac cerebral descriu că au sentimentul că nu mai sunt „normali" şi că şi-au pierdut eul „real" (Becker, 1993; Mumma, 1986).

Kirkevold (2002) a intervievat nouă indivizi ce au suferit cel puţin un atac cerebral şi a identificat provocări întâmpinate în timpul diferitelor etape de recuperare. El a descoperit că la instalarea atacului, persoanele au trebuit să facă faţă faptului că trebuiau să fie dependenţi de personalul medical şi au văzut atacul ca pe o „pauză" în viaţă. După începerea reabilitării active, pacienţii se concentrează pe evaluarea progresului lor, străduindu-se să înţeleagă atacul şi impactul său. Momentele când s-au întors acasă şi încetarea reabilitării au fost repere importante. Pe termen mai lung, adaptarea către un nou eu „normal" şi nevoia de a face faţă discrepanţelor dintre rezultatele reabilitării şi aşteptările legate de recuperare au fost evidenţiate ca probleme serioase (Kirkevold, 2002).

Rochette şi Desrosiers (2002) au descoperit că rezolvarea de probleme şi gândirea magică (ex. speranţa că se va întâmpla un miracol) au fost adoptate frecvent pentru a face faţă situaţiei de după atacul cerebral. King şi colab. (2002) au raportat o asociere între strategiile de coping axate pe evitare şi depresie. Strategiile de coping activ au fost asociate cu o îmbunătăţire mai mare a abilităţii funcţionale (Elmstahl, Sommer, & Hagberg, 1996). Adaptarea prin reinterpretare pozitivă a fost legată de stări de spirit ameliorate, după atacul cerebral (Boynton De Sepulveda & Chang, 1994).

Etapele revenirii după un atac cerebral sunt conceptualizate atent, fiecare presupunând anumite demersuri terapeutice:

- etapa cerinţelor imediat după apariţiei atacului cerebral,
- etapa acută a diagnosticului şi a spitalizării,
- etapa de stabilizare, de angajare în reabilitare pe termen mai lung în perioada de după întoarcerea acasă (Burton, 2000).

Recuperarea în urma accidentelor vasculare cerebrale presupune o abordare interdisciplinară, holistică, care implică puncte de vedere medicale, funcţionale şi psihologice. Echipa include un medic de neuroreabilitare (psihiatru, neurolog sau altă specializare), un fizioterapeut, un terapeut ocupaţional, un logoped, un asistent social, un psiholog, un consilier vocaţional, o asistentă de reabilitare, familia şi pacientul. Echipa se reuneşte după o săptămână de la internarea pacientului şi la o săptămână după aceea. Sunt investigate îmbunătăţirile funcţionale şi sunt fixate scopuri pe termen scurt şi pe termen lung. Doctorul şi/sau echipa se întâlneşte cu familia pentru a evalua progresul funcţional, a confirma planurile de externare şi pentru a discuta eventualele probleme. Pacientul poate avea vizite terapeutice acasă pentru a începe tranziţia între spital şi casă. Reabilitarea poate îmbunătăţi abilităţile funcţionale ale supravieţuitorului accidentului cerebral şi poate conduce la scăderea

cheltuielilor de îngrijiri pe termen lung (Feigenson, 1979). Aproximativ 80% din victimele accidentelor cerebrale pot beneficia de reabilitare ambulatorie (Garraway et al., 1981). 10% din victime se recuperează complet în mod spontan într-o perioadă de 8 până la 12 săptămâni, în timp de 10% din pacienţi nu răspund la niciun tratament (ibidem.).

Multe studii se concentrează pe perioada imediat următoare atacului, între câteva luni până la 12 luni după atac, în ciuda dovezilor care sugerează că presiunea psihologică poate să dureze relativ mult timp sau să se instaleze la câţiva ani după atac (Gawronski & Reding, 2001).

B) Traumatismele cranio-cerebrale (TCC) reprezintă o problemă de sănătate care ia amploare la nivel global. În ţările dezvoltate, este principala cauză a morţii adulţilor sub 40 de ani, fiind totodată responsabilă de povara imensă a invalidităţii în rândul supravieţuitorilor şi provocând societăţii costuri economice şi umane uriaşe (Goldstein, 1990; Kraus, 1993). Mulţi dintre pacienţii cu TCC sunt tineri (media de vârstă în jur de 30 de ani).

În populaţia scoţiană, peste 10 000 de oameni prezintă un nivel ridicat de invaliditate în urma traumatismelor cerebrale, făcând din acestea cauza principală a invalidităţii neurologice pe termen lung. Mulţi dintre aceştia au supravieţuit leziunii cerebrale datorită îmbunătăţirilor medicinii din ultimii 20-30 de ani: analiza CT disponibilă în mare măsură, operaţia intra-craniană timpurie, corecţia energetică a fiziologiei afectate, îngrijirea neuro-intensivă complexă şi o mai bună pregătire a clinicienilor în tratarea traumei timpurii (Becker et al., 1977; Teasdale et al., 1990; Gentleman et al.,1993).

Reabilitarea în TCC presupune un demers multidirecţional: prevenirea leziunii primare şi a evenimentelor secundare adverse, îngrijire timpurie bine organizată şi de înaltă calitate şi măsuri pentru a restabili funcţiile şi autonomia, în timpul reabilitării (Jennett, 1996).

1.3. Nevoi

Cele mai multe dintre persoanele cu leziuni cerebrale grave ajung la o unitate neurochirurgicală, însă accesul la servicii organizate pentru tratament şi recuperare este neuniform (Gentleman şi Gilchrist, 1996). Cei mai mulţi pacienţi părăsesc spitalul destul de repede, cu o viziune limitată asupra leziunii craniene şi a urmărilor posibile. Chiar şi pacienţii clasificaţi, în mod convenţional, ca având o leziune „uşoară", pot avea invalidităţi considerabile (Wade et al., 1998).

Beneficiile clinice şi economice ale reabilitării devin şi mai evidente, iar relaţia tradiţională dintre clinician şi pacient este înlocuită cu rapiditate de un parteneriat ce presupune transfer de informaţie şi asumare a unei responsabilităţii împărtăşite. Supravieţuitorii TCC ar trebui să dispună de un expert şi de o evaluare de actualitate a problemelor lor, să ştie care sunt rezultatele evaluării şi să discute despre ceea ce ar putea să le ofere un program de reabilitare.

Clasificarea problemelor după leziunile traumatice ale creierului include:

1. Probleme neurologice: spasticitate, deficienţe de vorbire, dificultăţi de înghiţire, tulburări de vedere, pierderea auzului, anosmie,

2. Probleme extra-craniene: osificarea heterotopică, probleme de nutriţie, rănile cauzate de presiune, incontinenţa urinară;

3. Probleme cognitive: afectarea cogniţiei, afectarea capacităţii de predicţie, a funcţiilor executive ş.a.

4. Probleme emoţionale şi comportamentale: depresie, comportamente dezadaptative (Christensen & Teasdale, 1995).

2. Obiective şi mecanisme ale reabilitării

Scopurile principale ale reabilitării vizează a permite persoanelor cu deficienţe să atingă nivelul optim de bunăstare, a reduce impactul problemelor lor asupra vieţii de zi cu zi şi a-i ajuta să revină la mediile lor sociale într-un timp optim (Wilson et al., 2009).

Cele mai multe programe de reabilitare cuprind intervenţii pentru:
- creşterea gradului de conştientizare;
- atenuarea deficitelor cognitive;
- dezvoltarea abilităţilor compensatorii;
- consiliere vocaţională.

Toate aceste programe includ sesiuni de terapie individuală şi de grup.

Cope (1994) consideră că există dovezi convingătoare că reabilitarea holistică face o diferenţă substanţială în reducerea dizabilităţii pacienţilor.

În contextul reabilitării rar se întâmplă ca funcţiile să fie bine specificate şi de aceea termenul comportament este preferat drept termen pentru orice fel de activitate identificată (ex.: ridicarea unei căni cu lichid, memorarea unor informaţii, etc.). Descrierea modalităţilor de remediere a funcţiilor creierului deteriorat se face în funcţie de 3 abordări alternative (Thoene & Glisky, 1995; Wilson, 2004; Zandwill, 1947):

2.1. Realocarea funcţiei afectate

Reabilitarea este iniţiată cu scopul de realocare a funcţiilor pierdute ale creierului sau ameliorare a problemelor prin intermediul mecanismelor de reorganizare. Spre exemplu, se poate ca o persoană care a suferit un accident rutier şi care s-a soldat cu un traumatism cranio-cerebral să fie antrenată cu o temă a memoriei în care hipocampusul va fi pozitiv reorganizat, iar ca rezultat capacitatea mnezică va fi îmbunătăţită. Exemplu generic dat prevede ca exerciţiile să îmbunătăţească orice funcţie care are legătură cu acea parte a creierului. S-au realizat o multitudine de experimente pe animale în care au fost descrise rezultatele antrenamentelor mentale şi modul în care acestea influenţează structurile creierului.

2.2. Adaptarea funcţională

Substituţia comportamentală se realizează folosind funcţii alternative pentru a realiza acelaşi scop comportamental. Dacă funcţiile structurilor distruse ale

creierului nu pot fi remediate se recurge la substituirea comportamentelor: pacientul care nu mai este apt să perceapă distanţele este antrenat să se bazeze mai mult pe simţul atingerii când încearcă să ridice un obiect.

2.3. Compensarea

Prin compensaţie este realizată creşterea eficienţei funcţiei distruse rămasă parţial funcţională. De exemplu, un pacient cu probleme de memorie foloseşte un jurnal pentru a programa activităţile curente. Această abordare este similară cu adaptarea funcţională, dar pune accent pe metodele sau strategii artificiale pentru a mări performanţa comportamentală. În cazul compensării se pot aplica multiple metode. De exemplu, în recuperarea motorie se poate recurge la utilizarea unui cliper special pentru a face piciorul stâng paralizat să funcţioneze mai eficient. De asemenea, pacientului i se poate aplica fizioterapie, lucrând pe acel picior stâng în încercarea de a îmbunătăţii plasticitatea creierului. În contrast, adaptarea funcţională poate fi încurajată, motivând pacientul prin întărirea comportamentului dorit.

3. Activităţi principale

3.1. Cadre

Reabilitarea este un proces activ şi dinamic. Scopul ei este să ajute o persoană cu dizabilităţi să acumuleze cunoştinţe, abilităţi/ aptitudini şi atitudini prin care poate recupera, pe cât posibil, funcţiile psihice, psihologice şi sociale. Există trei metode de bază în reabilitare:

- reducerea dizabilităţii şi maximizarea activităţii;
- acumularea noilor abilităţi şi strategii care reduc impactul dizabilităţii;
- schimbarea mediului psihic şi/sau social într-un mod care minimizează handicapul unei dizabilităţi date şi maximizează participarea.

Acestea sunt deseori folosite combinat. Spre exemplu, persoana cu TCC poate avea o hemipareză, tonus muscular ridicat şi incontinenţă urinară ocazională. Dizabilitatea poate fi redusă prin medicaţie pentru a trata spasticitatea şi a controla simptomele urinare.

Factori implicaţi în reabilitare. Serviciul terapeutic din spital, echipa primară de îngrijire, echipa de reabilitare, comunitatea pot contribui la sprijinirea pe termen lung a nevoilor de sănătate a pacienţilor. Autorităţile locale pot interacţiona cu toate acestea. Furnizorii sectorului de voluntariat sunt o sursă valoroasă de servicii specializate ce pot oferi suport general pacientului şi familiei sale. Indiferent de detaliile cu privire la furnizarea de servicii, trebuie să existe o bună comunicare între toate entităţile implicate în serviciile de intervenţie.

Suportul tehnologic în reabilitare. Există mult interes în modul în care este exploatată tehnologia în beneficiul persoanelor cu handicap. Tehnologia poate contribui major la creşterea gradului de independenţă al pacientului. De exemplu, o

persoană cu dizabilităţi severe poate conduce o maşină prin utilizarea comenzilor manuale simple sau poate folosi sisteme de control pentru a aprinde televizorul, lumina sau pentru a răspunde la telefon, a deschide uşa, a regla patul. Tehnologia poate, de asemenea, să faciliteze comunicarea, învăţarea sau mobilitatea la un nivel ridicat. Sistemele „inteligente" concepute în prezent au potenţialul de a reduce dizabilitatea şi handicapul şi a creşte gradul de activitate şi participare. Centrele de reabilitare care tratează pacienţii cu handicap fizic sever au nevoie de suportul şi expertiza unei tehnologii de reabilitare (Gentleman et al., 1996).

3.2. Stabilirea scopurilor

Stabilirea scopului/scopurilor este fundamentală în reabilitare. Profesioniştii trebuie să ofere informaţii corecte, să ofere ghidare şi să ajute la identificarea şi atingerea scopurilor realiste. Pacientul trebuie să se angajeze în stabilirea şi atingerea acestor scopuri şi să evite scopurile nerealiste plasate pe durate lungi. Stabilirea scopurilor realiste este cheia către un program de reabilitare. Ţelurile strategice trebuie sa includă scopuri specifice. Scopurile pe termen lung trebuie să fie împărţite în mai multe stadii, iar reuşitele în fiecare dintre aceste stadii au rolul de a evidenţia progresul către scopurile pe termen lung. Scopurile pacienţilor trebuie să fie realiste şi măsurabile (Gentleman et al., 1996).

3.3. Stabilirea intervalului de timp destinat reabilitării

Reabilitarea ar trebui să înceapă cât mai repede posibil şi să continue atât de mult cât este necesar. Recuperarea după TCC prezintă o curbă mai abruptă în primele trei luni, de aici rezultă avantajul evident în începerea activităţii de reabilitare cât mai devreme. Reabilitarea ar trebui să continue după vindecare, în ambulatoriu, într-un centru de zi sau acasă la pacient.

Problemele fizice tind să se recupereze mai repede decât cele cognitive şi de comportament, care de obicei cauzează mai multă teamă familiei. Problemele psihosociale ale pacientului şi suferinţa îngrijitorilor cresc adesea în timp şi sunt interrelaţionate.

3.4. Reabilitarea funcţiilor cognitive

O serie de modele ale funcţionării cognitive s-au dovedit utile în reabilitare. Modele şi teoriile lingvistice au influenţat reabilitarea persoanelor cu afazie în ultimii 15 ani. Pentru a trata un deficit este necesar să se înţeleagă pe deplin natura sa şi pentru a face acest lucru trebuie să se aibă în vedere o reprezentare a modului în care funcţia este atinsă. Fără o astfel de reprezentare nu se poate determina ce tip de tratament ar fi adecvat (Coltheart et al., 1991).

Reabilitarea cognitivă ar trebui să se bazeze pe modele teoretice din neuropsihologia cognitivă. Modelele cognitivă sunt necesare pentru a ne ajuta să identificăm şi să înţelegem punctele forte specifice şi punctele slabe ale clienţilor.

Cu alte cuvinte, aceste modele sunt necesare, dar nu suficiente. Modelele nu ne spun cum să reabilitezi persoanele, nu identifică problemele de zi cu zi, nu ne informează cum să tratăm o problemă deosebită. În schimb, ele ne spun puţin despre modul de funcţionare defectuoasă. Punctele lor forte constau în faptul că ele ne explică ce constrângeri cognitive sunt în orice program pe care dorim să-l punem în aplicare; de asemenea, ne permit să conceptualizăm procesele, să facem previziuni intacte despre funcţiile cognitive şi deficienţe, pentru a putea explica aceste lucruri pacienţilor, rudelor şi personalului medical. Unele modele au fost nepreţuite în identificarea deficitelor. Spre exemplu, modelul rutelor duale al lecturării postulează faptul că există cel puţin două moduri în care se poate citi un cuvânt scris, şi anume un mod lexical (sau întregul cuvânt), precum şi ruta fonetică prin care convertesc literele în sunete (Coltheart, 1985). Este posibil ca pacienţii să aibă numai o singură categorie de deficienţă: fonetică sau lexicală (imposibilitatea de a citi cuvinte fără sens şi imposibilitatea de a citi cuvinte neregulate - dislexie de suprafaţă). Nu numai că acest model ne-a permis să explicăm astfel de fenomene, dar acesta a dus, de asemenea, la o schimbare profundă în evaluarea tulburării dobândite de a citi.

În anii 1970 majoritatea evaluărilor neuropsihologice a abilităţilor pacienţilor de a citi presupuneau liste de cuvinte. Acum putem evalua o mare varietate de aptitudini de lectură, cum ar fi lecturarea cuvintelor regulate faţă de cuvintele neregulate, a cuvintelor concrete faţă de cuvintele imaginate, evaluarea unor părţi de vorbire, lungimea cuvântului, vârsta de achiziţie a unor cuvinte şi aşa mai departe. Aceste schimbări vaste au fost adoptate ca un rezultat direct al teoriilor lingvistice (*ibidem.*).

Nu numai teoriile lingvistice, dar şi modelele cognitive au jucat un rol important. Să luăm "Modelul Memoriei Funcţionale" al lui Baddeley şi Hitch (1974), care este încă unul dintre modelele utilizate în ziua de azi. Componenta “Executiv Centrală” din modelul memoriei de lucru precum şi conceptul „Sistem de Supraveghere Superior” invocate de Norman şi Shallice (1980) au fost de o influenţă considerabilă în înţelegerea şi evaluarea “Sindromului Disexecutiv” (care mai degrabă cunoscut sub numele de “Sindromul Lobului Frontal”).

Modele ale atenţiei şi percepţiei au jucat un rol important pentru a ne ajuta să înţelegem deficienţele cognitive la oamenii cu leziuni ale creierului. Avem nevoie de această înţelegere a funcţionării cognitive cu scopul de a obţine o mai bună înţelegere în ceea ce priveşte partea afectată şi neafectată pentru planificarea unui program de reabilitare neuropsihologică. Cercetarea interacţiunilor dintre cunoaştere şi emoţie continuă în domeniul sănătăţii mintale, astfel apare o nouă provocare pentru neuropsihologie.

3.5. Funcţionarea emoţională

Stresul apare când persoana evaluează cerinţele externe şi constată că acestea depăşesc resursele personale pentru a face faţă, ceea ce afectează stare de bine a individului. Teoria cognitiv-tranzacţională (Lazarus, 1991) defineşte stresul drept o relaţie particulară între individ şi mediu. Figura 2 redă mecanismele

stresului şi variabilele contextuale. Evenimentele şi abordate cu resursele disponibile, Individul interpretează/ evaluează situaţia, încearcă să facă faţă, să se adapteze (coping), beneficiind sau nu de suport social. Efectele acestor eforturi se exprimă în starea de sănătate psihică şi fizică.

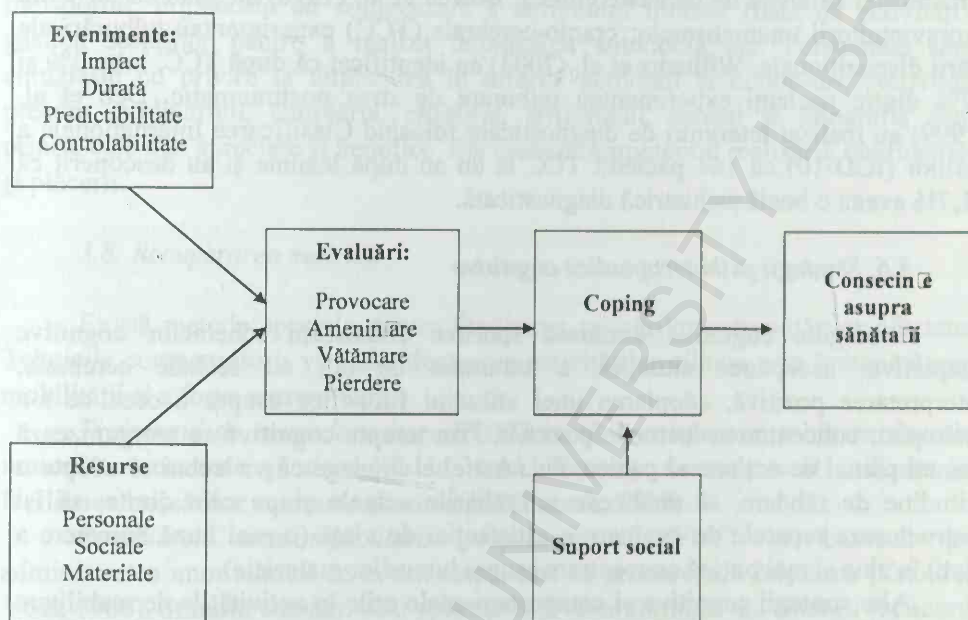


Figura 2. Modelul stresului, Lazarus (1991).

Provocările emoţionale şi mentale care au fost raportate pe termen lung după afectarea cerebrală au inclus depresia, furia, gânduri de sinucidere şi sentimentul de pierdere. Perioadele de disperare au fost raportate de către aproape toţi participanţii unui studiu realizat de Chang et al. (2008). Aproape jumătate din participanţi au avut parte de suport psihologic pentru a face faţă acestor dificultăţi. Concentrarea pe handicap şi pe funcţiile pierdute declanşează gândurile depresive şi suicidare. Strategiile de adaptare descrise de către participanţi ca fiind utile s-au centrat pe trei teme de bază: suportul social, strategiile activ-comportamentale şi strategiile cognitive.

Gestionarea şi remedierea consecinţelor emoţionale ale leziunilor cerebrale a devenit tot mai importantă în ultimii ani. Reabilitarea ar putea să eşueze dacă nu abordăm problemele emoţionale (Prigatano, 1999). Gainotti (1993) deosebeşte trei factori principali care cauzează probleme emoţionale şi psihosociale după leziunea creierului: factorii neurologici, psihologici şi psihosociali.

Înţelegerea teoriilor şi modelelor emoţionale este crucială succesului în reabilitare. Izolarea socială, anxietatea şi depresia sunt comune în urma unei leziuni cerebrale (Wilson, 2004). Două treimi din oamenii care supravieţuiesc leziunilor traumatice ale creierului (TBI) experimentează anxietate şi depresie. Într-un studiu

realizat de către Seel et al. (2003) dintr-un eşantion de peste şase sute de pacienţi cu leziuni ale creierului (evaluaţi într-un interval de la 10 până la 126 de luni după leziune) 27% întruneau criteriile de diagnostic ale tulburării depresive. Anxietatea este comună la cei cu probleme de memorie (Evans şi Wilson, 1992). În studiul lui Kopelman şi Crawford (1996), 40% din cei 200 de pacienţi cu nevoie de reabilitare a memoriei sufereau de depresie clinică. Bowen et al. (1998) au găsit că 38% din supravieţuitorii traumatismelor cranio-cerebrale (TCC) experimentau tulburări ale stării dispoziţionale. Williams et al. (2003) au identificat că după TCC, între 3% şi 27% dintre pacienţi experimentau tulburare de stres posttraumatic. Deb et al. (1999) au realizat interviuri de diagnosticare folosind Clasificarea Internaţională a Bolilor (ICD-10) cu 164 pacienţi TCC la un an după leziune şi au descoperit că 21,7% aveau o boală psihiatrică diagnosticată.

3.6. Strategii psihoterapeutice cognitive

Strategiile cognitive urmăresc sporirea eficacităţii schemelor cognitive adaptative: acceptarea situaţiei, a statutului de om cu sechele cerebrale, interpretarea pozitivă, adoptarea unei atitudini filozofice asupra a ceea ce s-a întâmplat, concentrarea lucrurile pozitive. Prin terapia cognitivă se reorganizează mental planul de acţiune al pacientului. Astfel el înţelege că va trebui să adopte o atitudine de răbdare, să analizeze schimbările actuale şi pe cele dorite, să îşi restructureze reperele de evaluare a satisfacţiei de viaţă (o mai bună apreciere a vieţii în sine şi mai puţină concentrare asupra bunurilor materiale).

Alte strategii cognitive şi comportamentale utile în activităţile de reabilitare includ: distragerea atenţiei, relaxarea, utilizarea umorului, căutarea confortului cognitiv, adoptarea unor idei religioase. Distragerea atenţiei prin angajarea în activităţi şi petrecerea timpului alături de prieteni şi familie ajută la prevenirea plafonării. Abilitatea de a utiliza umorul s-a dovedit benefică restructurării emoţionale. Rugăciunile, convingerile religioase şi implicarea în comunitatea bisericii sunt, de asemenea, utile. Mulţi pacienţi care au urmat activităţile de reabilitare au relatat nu doar rezultate bune, ci şi experienţa creşterii personale. Empatia crescută conduce mulţi pacienţi la participarea voluntară în grupuri de suport şi în proiecte de cercetare. Pacienţii care nu reuşesc să facă schimbările propuse de terapeuţi şi de familie riscă să aibă o atitudine pesimistă, critică, cinică în raport cu viaţa, cu propria persoană, cu ceilalţi (Reiter, 2000).

3.7. Strategiile comportamentale

Strategiile activ-comportamentale utile pe toata durata recuperării includ participarea în recuperare, rezolvarea de probleme şi angajarea în activităţi. Fizioterapia, terapia ocupaţională şi logopedia au fost apreciate ca o parte importantă a procesului de ameliorare. Rolul încurajator al terapeuţilor este apreciat în aceste programe.

Pentru dezvoltarea unor noi abilităţi pentru a face faţă situaţiei este necesară terapia ocupaţională. Pacientul poate învăţa să folosească mâinile mai eficient, să

utilizeze un scaun cu rotile pentru distanţe mai mari, să se adapteze unor cerinţe ale mediului la serviciu sau acasă.

Persoanele care sunt capabile să adopte o atitudine de rezolvare a problemelor înregistrează un nivel mai scăzut de stres şi au o capacitate mai are de a lupta cu dizabilitatea. Soluţiile practice la limitările fizice au în vedere: transportul, mijloacele de compensare a deficitului mnezic (lista de activităţi), găsirea soluţiilor pentru a realiza îmbrăcarea autonomă etc. Persoanele sunt entuziaste cu privire la implicarea în diferite activităţi şi hobby-uri. Activităţi precum grădinăritul, tâmplăria, croitoria, artizanatul, scrisul şi fotografia sunt printre cele mai apreciate şi benefice. Ele creează sentimentul realizării, confidenţei şi plăcerii.

3.8. Recuperarea motrică

Există metode speciale pentru facilitarea mişcărilor extremităţilor afectate. Tehnicile compensatorii vizează efectuarea activităţilor zilnice prin îmbunătăţirea mobilităţii şi a forţei extremităţilor.

Trainingul de neurodezvoltare (NDT) caută a trateze prin inhibare tiparele musculate anormale şi sinergiile în masă. Tiparele normale sunt utilizate în facilitarea mişcărilor automate şi voluntare (Bobath, 1978).

Facilitarea neuromusculară proprioceptivă (PNF) se bazează pe administrarea unor stimuli ce evocă răspunsuri ce promovează mişcarea (Knott şi Voss, 1968). Stimulii cutanaţi sunt aplicaţi în diverse formule sau sinergii (în acord cu Teorema Brunnstrom şi principiile Twitchell, 1951, apud. Brunnstrom, 1970).

Bio-feedback-ul poate fi folosit pentru modificarea funcţiilor autonome, durerii, deficienţelor motorii prin utilizarea controlului voluntar şi indicaţilor auditive, vizuale şi senzoriale (Brudny et al., 1979; Intiso et al., 1994).

Stimularea electrică funcţională poate fi folosită pentru a intensifica forţa şi aria de mişcare, pentru a scădea edemul şi a reduce spasticitatea musculară antagonistă, precum şi contracţiile încheieturilor muşchilor paretici (Lord et al., 1986; Basmajian et al., 1994; Moreland et al., 1994). Înfrânarea prelungită a membrului superior neafectat va forţa pacientul să crească utilizarea şi încorporarea extremităţii afectate (Fordyce & Jones, 1996).

Intervenţiile farmacologice au un rol în recuperarea motorie. Metilfenidatul, un stimulant uşor al sistemului nervos al cărui mod de acţiune nu a fost pe deplin înţeles, poate ameliora depresia şi îmbunătăţi funcţionarea în stadiile timpurii de după accident (Basmajian et al., 1994). De asemenea, amfetamina a ameliorat funcţionarea la un an de la accidentul cerebral pentru un număr mic de subiecţi (Moreland et al., 1994). Fluoxetina poate facilita recuperarea motorie independent de efectele sale ca antidepresiv (Fordyce & James, 1996). Substanţe precum clonidina, prazosina, neurolepticele şi alţi antagonişti ai dopaminei, benzodiazepinele, fenitoina şi fenobarbitalul pot chiar împiedica recuperarea motorie din motive încă neînţelese în totalitate (Sonde et al., 1998).

Acupunctura poate avea efecte de termen lung pozitive. De asemenea, *sarcinile de efectuare a unor activități curente zilnice* crește calitatea vieții (Dickstein et al., 1986).

Pacienții suferinzi de hemiplegie dreaptă pot performa semnificativ superior dacă sunt instruiți prin pantomimă, în timp ce pacienții suferinzi de hemiplegie stângă sunt mai receptivi la instrucțiuni verbale (Inaba et al., 1978).

Prin comparație, niciuna din metode nu pare a fi mai eficientă decât cealaltă. Se recomandă utilizarea lor combinată, în conjuncție cu alte metode (Intiso et al., 1994).

3.9. Reabilitarea vocațională

Aproximativ 21% - 33% dintre supraviețuitorii unui atac cerebral cu vârsta sub 65 ani sunt capabili de a se reîntoarce la locul de muncă (Swanson et al., 1989). Supraviețuitorii unui atac cerebral care au o muncă de birou sunt de 3.33 ori mai pasibili să se întoarcă la vechiul loc de muncă față de cei care lucrează în condiții precare sau care sunt intens solicitați fizic (Scherling et al., 1989). Pentru întoarcerea la locul de muncă, pacienții ce au suferit un atac vascular cerebral în emisfera stângă a creierului trebuie să demonstreze capacități verbale, cognitive și de comunicare normale, în timp ce pacienții cu atac vascular cerebral în emisfera dreaptă trebuie să demonstreze competențe adecvate de deplasare, capacitatea de utilizare a extremităților superioare din partea stângă și competențe de raționament abstract. Evaluările pot include teste neuropsihologice și practice.

În teorie se consideră că întoarcerea la locul de muncă ar putea presupune ca specialistul în reabilitare să însoțească persoana la locul de muncă. Acolo se axează pe obiectivele reabilitării contribuind la educarea angajatorului și a colegilor și ajutând la modificarea mediului de muncă, unde este nevoie. Negocierile cu un angajator îi pot permite să lucreze mai flexibil mai multe ore pe zi sau să aibă mai multe pauze de odihnă.

Din păcate există limite ale reabilitării vocaționale prin lipsa specialiștilor sau prin lipsa serviciilor de recuperare. Astfel, mulți pacienți nu pot fi ajutați pentru a reveni în muncă sau în educație. Mai puțin de un sfert din pacienți au revenit la muncă după un TBI sever (Dikmen et al., 1995). Există obstacole în întoarcerea la locul de muncă.

Consultanța de specialitate necesară colaborarea dintre echipa medicală, echipa de reabilitare, angajator și foruri legale.

4. Activități de suport

4.1. Asistarea psihologică în reabilitare

Asistarea psihologică este foarte necesară pe perioada internării și după momentul externării. În studiul lui Chang et al. (2008), participanții au exprimat dificultatea de comunicare cu personalul medico-sanitar și nevoia de a avea un consilier cu care să discute despre gândurile și stările lor, inclusiv despre ideea

sinuciderii. Cei care au avut parte de suport psihologic au raportat beneficii precum îmbunătățirea stării de spirit, reducerea sentimentului de izolare, creşterea acceptării şi a capacităţii de a face faţă situaţiei.

Provocările descrise de pacienţi includ sentimentul de nesiguranţă şi confuzie, incapacitatea de a conduce propria viaţă, afectarea relaţiilor sociale şi pierderea activităţilor prestate anterior (Becker şi Kaufman, 1995). Incertitudinea asupra evoluţiei/ prognosticului a fost una din temele predominante în experienţa participanţilor având o contribuţie majoră în anxietate şi depresie. Becker (1993) a raportat că după un accident vascular cerebral, menţinerea activităţilor şi a sarcinilor zilnice furnizează o legătură importantă cu viaţa zilnică din trecut, ajutând la conservarea unui sentiment de continuitate.

De-a lungul perioadei post-traumatice imediate suferinzii caută explicaţii clare şi asigurări. Clarificarea diagnosticului şi explicarea a ceea ce s-a întâmplat îi poate ajuta în mod deosebit pe cei care s-au confruntat cu confuzia cognitivă. În timpul reabilitării, asistenţa psihologică ajută la clarificarea prognosticului şi menţinerea motivaţiei de-a lungul sarcinilor reabilitării (Chang et al., 2008).

Anxietatea şi orice conflict relaţional care apare în reţelele de sprijin în perioada reabilitării trebuie să fie abordate. Perioada de întoarcere acasă după externare a presupus o nevoie suplimentară de suport psihologic.

Membrii grupului de suport pot ajuta pacienţii să înţeleagă problemele cu care se confruntă, perspectivele în perioada imediat următoare şi faptul că viitorul se va construi prin efort propriu şi cu ajutorul proceselor de reabilitare şi consiliere. Ajustarea vieţii de acasă şi celelalte activităţi pe termen lung sunt abordate de la o perioadă la alta a reabilitării.

Depresia, anxietatea şi furia trebuie tratate corespunzător, ceea ce ajută la atenuarea suferinţei emoţionale. Sunt necesare intervenţiile psihologice care promovează activarea comportamentelor şi a strategiilor de coping adaptative. Sunt utile tehnicile care facilitează acceptarea de sine, tehnici de relaxare, umor şi interpretare pozitivă. Explorarea aspectelor imaginii corpului poate fi importantă pentru cei tineri. Suportul social are un rol cheie pentru procesul de recuperare, pentru facilitarea şi asistarea comunicării, rezolvarea problemelor sau conflictelor, dezvoltarea unor noi legături sociale (Chang et al., 2008).

4.2. Suportul social

Unii participanţi au raportat că partenerii lor au fost incapabili să facă faţă handicapului lor, rezultând destrămarea căsniciei. Alţii au exprimat disconfort datorită dependenţei faţă de partener. Pentru tineri şi pentru cei care nu aveau o relaţie, accidentul şi handicapul rezultat au fost percepute drept o piedică în găsirea şi menţinerea unei relaţii intime.

O caracteristică importantă a tinerilor constă în nivelul înalt al îngrijorării cu privire la imaginea corporală de după accident. Sentimentul că sunt neatrăgători şi propria conştientizare a handicapului joacă un rol major în conceptul de sine şi în abilitatea de a stabili facil interacţiuni sociale.

Suportul din partea familiei şi al prietenilor este o resursă importantă a recuperării. De obicei, partenerul de viaţă, mama şi prietenii oferă cel mai mult sprijin. Suportul primit de la aceştia constituie unul dintre primele aspecte extrem de necesare menţionate de către pacienţii tineri în perioada de recuperare. La fel de important este şi sentimentul apartenenţei la grupul social, participanţii descriind că au nevoie să fie înţeleşi de către ceilalţi membrii ai grupului, într-un mod diferit de cel oferit de familie şi prieteni. Grupul poate ajuta la normalizarea experienţei şi a modului de viaţă post-traumatic, precum şi la furnizarea de sfaturi practice pentru a face faţă handicapului şi a reveni cât se poate la stilul de viaţă din trecut (Chang et al., 2008).

Există trei modele sociale ce au avut un impact substanţial asupra educaţiei şi reabilitării:

- modelul social al bunăstării,
- modelul medical-ştiinţific şi
- modelul educaţional-umanist (Reiter, 2000).

Modelul social al bunăstării subliniază nevoia de a oferi îngrijirile de bază pentru persoanele bolnave sau cu dizabilităţi. Scopul acestei abordări este de a oferi suport nevoilor existenţiale şi materiale acelor indivizi care au nevoie. Deciziile asupra serviciilor oferite sunt luate conform unor clasificări a grupurilor implicat, iar tratamentul este organizat după reguli şi legislaţie. Această orientare presupune o implicare limitată a familiei. Interrelaţionarea dintre pacient şi agentul de suport (asistent social, cadru medical) este asimetrică: clientul este dependent de cel care asigură asistenţă şi are obligaţia de a colabora. Avantajul acestei abordări constă în oferirea serviciilor fundamentale/ de bază copiilor şi adulţilor cu dizabilităţi.

Modelul medical-ştiinţific se bazează pe o gândire pur ştiinţifică despre sănătate şi boală. Specialistul vede clientul ca obiect de cercetare şi intervenţie, ca bolnav ce are nevoie de un tratament. Scopul este de a scăpa de problemă şi de a ajuta pacientul să ajungă la nivelul optim de funcţionare. Avantajul acestei abordări constă în focalizarea asupra rezolvării problemelor sănătăţii pacientului.

Modelul educaţional-umanist are la bază câteva principii:

- respect pentru orice individ, pentru toate fiinţele umane;
- omul este o fiinţă capabilă de raţionalizare, de auto-control şi de conştientizare a regulilor;
- orice individ are dreptul de a fi independent şi de a-şi trăi viaţa conform stilului personal de viaţă al lui/ei;
- relaţia dintre serviciul medical şi client se bazează pe un dialog între doi indivizi autonomi.

Reiter consideră că modelele prezentate trebuie depăşite. În acest sens, propune un model combinat ce face referire la ierarhia drepturilor omului pentru bunăstare, sănătate şi educaţie. Modelul are un caracter dinamic propunând abordarea etapizată a evoluţiei sau recuperării pacientului, ascensiunea depinzând de împlinirea etapei anterioare.

În abordarea pacientului/ clientului se aplică următoarea schemă ierarhică:

1. model umanistic-educaţional care presupune protejarea drepturilor persoanei şi a capacităţii sale de auto-actualizare/ realizare de sine;

2. modelul cel ştiinţifico-medical care implică nevoia aplicării unui tratament şi cunoaşterea drepturilor persoanei în cauză;

3. modelul bunăstării care are la bază principiul supravieţuirii şi acordării asistenţei persoanei în cauză;

Conform lui Reiter, în teorie modelul combinat ce presupune ierarhizarea drepturilor umane, bunăstării, sănătăţii şi educaţiei are aplicabilitate, însă poate fi afectat de aspectele culturale. Pentru a soluţiona această problemă autorul propune o metodologie aplicativă care furnizează ghidaj prin oferirea răspunsurilor la următoarele întrebări:

- Care model este mai important, mai bun decât celelalte?
- Ce merită să schimbăm din situaţia curentă?
- Dacă dorim să aducem o schimbare, care ar fi aceea?

În figura 1, sistemul de ierarhizare este asemănător Piramidei Trebuinţelor a lui Abraham Maslow. În teorie, pentru a atinge modelele din vârf este necesară satisfacerea nevoilor anterioare (ex.: Modelul social al bunăstării este precedat de Modelul Ştiinţifico-Medical care la rândul lui este urmat de Modelul Umanist-Educaţional). În final, modelul sugerează că reabilitarea persoanelor cu dizabilităţi trebuie să se facă conform unui model general, având adaptări în funcţie de cultură şi de nevoile concrete ale pacientului. Un astfel de model conduce demersurile de reabilitare către integrarea completă bio-socio-profesională a persoanelor cu handicap.

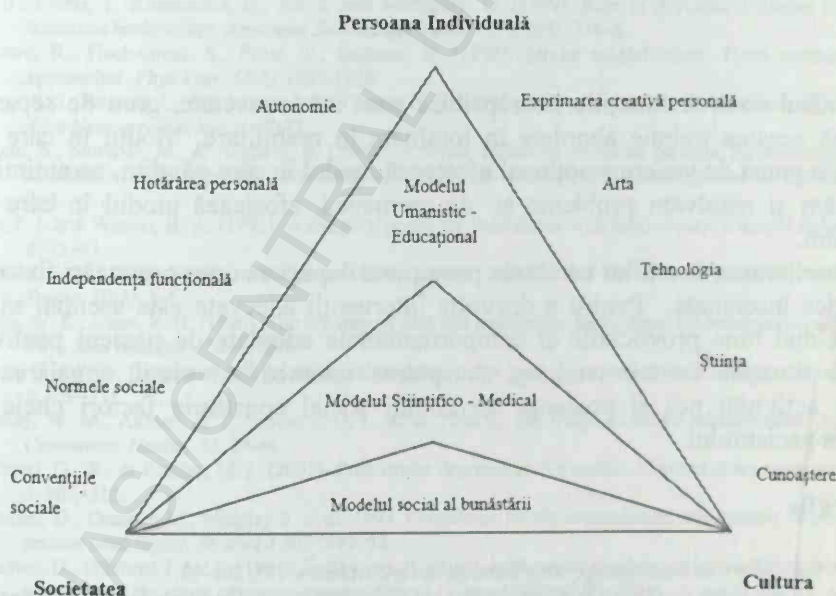


Figura 1. Ierarhizarea tipurilor de suport în reabilitare (Reiter, 2000).

5. Discuţii

La fel cum ne punem întrebări generale despre intervenţii chirurgicale sau proceduri farmacologice ("Operaţia are rezultate?" sau "Medicamentele funcţionează?") ar trebui să ne punem întrebarea "Reabilitarea funcţionează?" Avem nevoie să ne dăm seama care dintre programele de reabilitare, strategiile sau tehnicile funcţionează, pentru ce tip de oameni funcţionează şi în ce circumstanţe.

Mulţi oameni de ştiinţă sau medici cred că există doar un singur mod de a evalua eficacitatea de reabilitare, prin utilizarea de studii clinice controlate (studii experimentale randomizate controlate), de preferinţă în condiţii de dublu-orb (*double-blind*).

Cu toate acestea, trebuie să utilizăm o varietate de modele de cercetare şi nu numai studii experimentale randomizate controlate în scopul de a evalua reabilitarea cognitivă. Din nefericire, majoritatea studiilor de reabilitare sunt mai complexe şi randomizarea este de multe ori imposibilă. Ar fi greu, de exemplu, să existe un grup de control care nu a primit nici o reabilitate sau un grup cu un tratament diferit într-un centru de reabilitare care îşi ia angajamentul de a furniza un program holistic pentru toţi clienţii săi.

Alocând aleator pacienţii unui program de tratament sau niciunui tratament cu scopul de a desfăşura o cercetare randomizată în acest domeniu ar fi dificil, dacă nu imposibil de justificat.

*
* *

Ţinând cont că funcţiile neuropsihice sunt interconectate, greu de separat, rezultă că acestea trebuie abordate în totalitate în reabilitare. Modul în care ne simţim din punct de vedere emoţional afectează modul în care gândim, ne amintim, comunicăm şi rezolvăm probleme şi, de asemenea, afectează modul în care ne comportăm.

Ameliorarea funcţiilor cerebrale presupune depăşirea unor provocări fizice şi psihologice însemnate. Pentru a dezvolta intervenţii adecvate este esenţial să se înţeleagă mai bine provocările şi comportamentele adoptate de pacient pentru a face faţă situaţiei. Pe termen lung, acceptarea schimbărilor vieţii, angajarea în roluri şi activităţi noi şi prezenţa sprijinului social constituie factori cheie în adaptarea pacientului.

Bibliografie

Aita, J. A. (1946). Men with brain damage. *American Journal of Psychiatry, 103*, 205–13.

Baddeley, A. D. and Hitch, G. (1974). Working memory. În G. H. Bower, Ed. The Psychology of Learning and Motivation. Vol. 8. New York: Academic Press, pp. 47–89.

Basmajian, J.V., Gowland, C.A., Finlayson, F.J. et al. (1994). Stroke treatment Comparison of conventional physical therapy for upper-extremity function in patients following stroke A Research overview and meta-analysis. *Phys Ther, 74(6)*:534-543.

Becker, D. P., Miller J. D., Ward J. D. et al. (1977). The outcome from severe head injury with early diagnosis and intensive management. *J Neurosurg 47*: 491–502.

Becker, G. (1993). Continuity after stroke: Implications of life-course disruption in old age. *The Gerontologist, 33*, 148–158.
Becker, G., & Kaufman, S. R. (1995). Managing an uncertain illness trajectory in old age: Patients' and physicians' views of stroke. *Medical Anthropology Quarterly, 9*, 165–187.
Bobath, B. (1978). Adult hemiplegia evaluation and treatment. London: Spottiswood Ballintype.
Bowen, A., Neumann, V., Conners, M., Tennant, A. and Chamberlain, M. A. (1998). Mood disorders following traumatic brain injury: identifying the extent of the problem and the people at risk. *Brain Injury, 12*, 177–90.
Boynton De Sepulveda, L., & Chang, B. (1994). Effective coping with stroke disability in a community setting: The development of a causal model. *Journal of Neuroscience Nursing, 26*, 193–203.
Brudny, M., Korein, J., Grynbaum, B. B., Belandes, P. V., Gianutsos, J. G. (1979). Helping hemiparetics to help themselves: Sensory feedback therapy. *JAMA, 241(8)*:814-818.
Brunnstrom, S. (1970). Movement therapy in hemiplegia. A neurophysiological approach. Philadelphia: Harper and Row.
Burton, C. R. (2000). Re-thinking stroke rehabilitation: The Corbin and Strauss chronic illness trajectory framework. *Journal of Advanced Nursing, 32*, 595–602.
Chang, A., French, D., Mclean, N. (2008). Coping with the Challenges of Recovery from Stroke. Long Term Perspectives of Stroke Support Group Members. *Journal of Health Psychology, 13(8)*, 1136-1146.
Christensen, A. L. and Teasdale, T. (1995). A clinical and neuropsychological led postacute rehabilitation programme. In M. A. Chamberlain, V. C. Neuman and A. Tennant, eds., Traumatic Brain Injury Rehabilitation: Initiatives in Service Delivery, Treatment and Measuring Outcome. New York: Chapman and Hall, pp. 88–98.
Coltheart, M. (1985). Cognitive neuropsychology and reading. In M. Posner and O. S.M. Marin, eds., Attention and Performance XI. Hillsdale: Lawrence Erlbaum Associates, pp. 3–37.
Coltheart, M. (1991). Cognitive psychology applied to the treatment of acquired language disorders. In P. Martin, ed., Handbook of Behavior Therapy and Psychological Science: An Integrative Approach. New York: Pergamon Press, pp. 216–26.
Cope, N. (1994). Traumatic brain injury rehabilitation outcomes studies in the United States. In A. L. Christensen and B. P. Uzell, eds., Brain Injury and Neuropsychological Rehabilitation: International Perspectives. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, pp. 127–36.
Cranich, L. (1947). Aphasia: A Guide to Retraining. New York: Grune & Stratton.
Deb, S., Lyons, I., Koutzoukis, C., Ali, I. and McCarthy, G. (1999). Rate of psychiatric illness 1 year after traumatic brain injury. *American Journal of Psychiatry, 156(3)*, 374–8.
Dickstein, R., Hocherman, S., Pillar, T., Shaham, R. (1986). Stroke rehabilitation: Three exercise therapy approaches. *Phys Ther, 66(8)*:1233-1238.
Dikmen, S. S., Ross, B. L., Machamer, J. E., Temkin N. R. (1995). One year psychosocial outcome in head injury. *J Int Neuropsychol Soc.;1*:67-77.
Elmstahl, S., Sommer, M., & Hagberg, B. (1996). A 3-year follow-up of stroke patients: Relationships between activities of daily living and personality characteristics. *Archives of Gerontology and Geriatrics, 22*, 233–244.
Evans, J. J. and Wilson, B. A. (1992). A memory group for individuals with brain injury. *Clinical Rehabilitation, 6*, 75–81.
Feigenson, J. S. (1979). Stroke rehabilitation: Effectiveness, benefits, and costs: Some practical considerations. *Stroke, 10(1)*, 1-4.
Fordyce, W. E., Jones, R. H. (1996). The efficacy of oral and pantomime instructions for hemiplegic patients. *Arch Phys Med Rehabil, 47*:676-680.
Gainotti, G. (1993). Emotional and psychosocial problems after brain injury. *Neuropsychological Rehabilitation, 3*, 259–77.
Garraway, W. M., Akhtar, A. J., Smith, J. D. L. et al. (1981). The triage of stroke rehabilitation. *J Epidemiol Community Health, 35*, 39-44.
Gawronski, D. W., & Reding, M. J. (2001). Post-stroke depression: An update. *Current Atherosclerosis Reports, 3*, 307–312.
Gentleman, D., Dearden M., Midgley S. et al. 1993. Guidelines for the resuscitation and transfer of patients with serious head injury. *Br Med J 307*: 547–52.
Gentleman, D., Gilchrist J. M. E. (1996). Follow-up of patients with severe head injury in the British Isles: current practice and the views of neurosurgeons. *Europ J Neurol 3*(Suppl. 2): 52.
Gianutsos, R. (1989). Foreword to Introduction to Cognitive Rehabilitation. In M. Sohlberg and C. Mateer, eds., Introduction to Cognitive Rehabilitation: Theory and Practice. New York: Guilford Press, pp. 7–8.
Goldstein, K. (1942). After-Effects of Brain Injuries in War: Their Evaluation and Treatment. New York: Grune & Stratton.
Goldstein, M. (1990). Traumatic brain injury: a silent epidemic. *Ann Neurol 27*: 327.

Greenwood, R. J. and McMillan, T. M. (1993). Models of rehabilitation programmes for the brain-injured adult – II: model services and suggestions for change in the UK. *Clinical Rehabilitation, 7*, 346–55.
Hackett, M. L., Yapa, C., Parag, V., & Anderson, C. S. (2005). Frequency of depression after stroke. *Stroke, 36*, 1330–1340.
Inaba, M., Edberg, E., Montgomery, J., Gillis, M. (1978). Effectiveness of function training, active exercise, and resistive exercise for patients with hemiplegia. *Phys Ther, 53*:28-35.
Intiso, D., Santilli, V., Grasso, M. N., Rossi, R., Caruso, I. (1994). Rehabilitation of walking with electromyographic feedback in foot-drop after stroke. *Stroke, 25(6)*:1189-1192.
Jennett, B. (1996). Epidemiology of head injury. *J Neurol Neurosurg Psych 60:* 362–69.
King, R. B., Shade-Zeldow,Y., Carlson, C. E., Feldman, J. L., & Philip, M. (2002). Adaptation to stroke: A longitudinal study of depressive symptoms, physical health and coping process. *Topics in Stroke Rehabilitation, 9*, 46–66.
Kirkevold, M. (2002). The unfolding illness trajectory of stroke. *Disability and Rehabilitation, 24*, 887–898.
Klopsteg, P. E., Wilson, P. D. (eds) (1954). Human limbs and their substitutes. New York McGraw-Hill.
Knott, M., Voss, D. E. (1968). Proprioceptive neuromuscular facilitation. Patterns and techniques 2nd ed Hagerstown. Harper and Row.
Kopelman, M. and Crawford, S. (1996). Not all memory clinics are dementia clinics. *Neuropsychological Rehabilitation, 6*, 187–202.
Kraus, J. F. (1993). Epidemiology of head injury. In: Cooper PR ed. Head Injury. Baltimore, MA: Williams & Wilkins, 1–25.
Lazarus, R. S. (1991). Emotion and adaptation. London: Oxford University Press.
Lord, J. P., Hall, K. (1986). Neuromuscular reeducation vs. traditional programs after stroke rehabilitation *Arch Phys Med Rehabil, 67*:88-91.
Luria, A. R., Pravdina-Vinarskaya, E. N., şi Yarbuss, A. L. (1963). Disorders of Ocular Movement in a Case of Simultanagnosia. *Brain , 86*:219-228.
Mitchum, C. C. and Berndt, R. S. (1995). The cognitive neuropsychological approach to treatment of language disorders. *Neuropsychological Rehabilitation, 5*, 1–16.
Moreland, J., Thomson, M. A. (1994). Efficacy of electromyographic biofeedback compared with conventional physical therapy for upper-extremity function in patients following stroke A research overview and meta-analysis. *Phys Ther, 74(6)*:534-543.
Mumma, C. M. (1986). Perceived losses following stroke. *Rehabilitation Nursing, 11*, 19–22.
Norman, D. A. and Shallice, T. (1980). Attention to Action: Willed and Automatic Control of Behaviour. Chip Report 99. University of California San Diego, Center for Human Information Processing outcome and correlates. *Brain injury; 17*, pp. 469-78.
Poppelreuter, W. (1917/1990) Disturbances of Lower and Higher Visual Capacities Caused by Occipital Damage. (J. Zihl and L. Weiskrantz Trans) Oxford: Clarendon Press.
Poser, U., Kohler, J. A. and Schönle, P. W. (1996). Historical review of neuropsychological rehabilitation in Germany. *Neuropsychological Rehabilitation, 6(4)*, 257–78.
Prigatano, G. P. (1986). Personality and psychosocial consequences of brain injury. In G. P. Prigatano, D. J. Fordyce, H. K. Zeiner et al., eds., Neuropsychological Rehabilitation After Brain Injury. Baltimore; London: The Johns Hopkins University Press, pp. 29–49.
Prigatano, G. P. (1999). Principles of Neuropsychological Rehabilitation. New York: Oxford University Press.
Reiter, S. (2000). Society and disability: A model of support in special education and rehabilitation. *Focus on Exceptional Children*, 1-14.
Rochette, A., & Desrosiers, J. (2002). Coping with the consequences of a stroke. *International Journal of Rehabilitation Research, 25*, 17–24.
Scherling, E., Johnson, H. (1989). A tone-reducing wrist-hand orthosis. *Am J Occup Ther, 43(9)*:609-611.
Seel, R. T., Kreutzer, J. S., Rosenthal, M. et al. (2003). Depression after traumatic brain injury: a National Institute on Disability and Rehabilitation Research Model Systems multicenter investigation. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation, 84*, 177–84.
Sonde, L., Gip, C., Fernaeus, S. E., Nilsson, C. G., Viitanen, M. (1998). Stimulation with low-frequency (17 Hz) transcutaneous electric nerve stimulation (low tens) increase motor function of the post-stroke paretic arm. *Scand J Rehabil Med, 36(2)* 95-99.
Swanson, A. B., Swanson, G. D. G. (1989). Evaluation and treatment of the upper extremity in the stroke patient. *Hand Clin N Am, 5(1)*: 75-96.
Teasdale, G. M., Murray, G., Anderson, E. et al. (1990). Risks of acute traumatic intracranial haematoma in children and adults: implications for managing head injuries. *Br Med J 300:* 363-67.
Thoene, A. I. T., & Glisky, E. L. (1995). Learning of name–face associations in memory impaired patients: A comparison of different training procedures. *Journal of the International Neuropsychological Society, 1(01)*, 29–38.
Twitchell, T.E. (1951). The restoration of motor function following hemiplegia in man. *Brain, 74*, 443-480.
Wade, D. T. (1998). Evidence relating to goal planning in rehabilitation. *Clinical Rehabilitation;12*, pp. 273-75.

Walsh, K. (1987). Neuropsychology: A Clinical Approach. Edinburgh: Churchill Livingston.
Wepman, J. (1951). Recovery from Aphasia. NewYork: Ronald Press.
Williams, W. H., Evans, J. J. and Wilson, B. A. (2003). Neurorehabilitation for two cases of post-traumatic stress disorder following traumatic brain injury. *Cognitive Neuropsychiatry, 8*, 1–18.
Wilson, B. A. (2004). Theoretical approaches to cognitive rehabilitation. In L. H. Goldstein and J. McNeil, eds., Clinical Neuropsychology: A Guide to Assessment and Management for Clinicians. Chichester: John Wiley, pp. 345–66.
Wilson, B. A., Evans, J. J., Brentnall, S. et al. (2000). The Oliver Zangwill Centre for Neuropsychologial Rehabilitation: a partnership between health care and rehabilitation research. In A. L. Christensen and B. P. Uzzell, eds., International Handbook of Neuropsychological Rehabilitation. New York: Kluwer Academic/Plenum, pp. 231–46.
Wilson, B. A., Gracey, F., Evans, J. J., Bateman, A. (2009). Neuropsychological Rehabilitation Theory, Models, Therapy and Outcome. Cambridge University Press, New York
Zangwill, O. L. (1947). Psychological aspects of rehabilitation in cases of brain injury. *British Journal of Psychology, 37*, 60–9.

CALITATEA VIEȚII ÎN HERNIA DE DISC LOMBARĂ

Aurel Mohan & Dumitru Mohan

1. Introducere

Hernia de disc lombară (HDL) este o afecțiune des întâlnită a coloanei vertebrale. Ea rezultă din alterarea discurilor intervertebrale, migrarea lor sau a fragmentelor exercitând o presiune asupra rădăcinilor nervoase.

Funcționarea adecvată a coloanei vertebrale necesită suficientă forță a mușchilor trunchiului, echilibru între grupele de mușchi agoniste și cele antagoniste și o coordonare corespunzătoare (Hodges & Richardson, 1997). Rezistența inadecvată și anduranța mușchilor spatelui, precum și mobilitatea inadecvată a coloanei vertebrale sunt factori de risc ce pot cauza probleme în zona lombară (Hodges & Richardson, 1996).

Expresia "hernie de disc" (HD) este folosită pentru a descrie procesul rupturii inelului discal dintre vertebre și deplasarea ulterioară a masei centrale de disc intervertebral dorsal sau laterodorsal. Ieșirea dorsală poate fi vizualizată ca un disc bombat sau extrudat, în cazul în care fibrele exterioare ale inelului sunt perforate se prezintă ca un disc (Weber, 1994). Migrarea unui fragment din nucleul pulpos prin porțiunea posterioară a inelului fibros acompaniată uneori cu ruptura ligamentului vertebral posterior determină *compresiunea* unei rădăcinii nervoase. Acest conflict disco-radicular produce *sciatica*. Localizarea cea mai frecventă HDL este la nivelurile L4 și L5. Compresiunea herniei discale asupra ligamentului vertebral produce durerea rahidiană și contractura musculară reflexă (desemnează prin termenul *lumbago*).

În explicarea etiopatogeniei degenerării discale au fost emise mai multe ipoteze: anomalii biomecanice, biochimice, susceptibilitate genetică sau procese autoimune. Procesele de degenerare debutează cu o alterare a integrității biochimice a nucleului pulpos ce precede întreaga gamă de modificări structurale asociate spondilozei. Este cunoscut faptul că aproximativ 95% din volumul normal al discului este reprezentat de apă, colagen și proteoglicani. Rețeaua de colagen, în special de la nivelul inelului fibros, realizează o structură lamelară ce permite conexiunea intervertebrală și mobilitatea multidirecțională (Eyre & Muir, 1976).

Hernia materialului discal se produce frecvent în zona postero-laterală și determină din punct de vedere clinic un sindrom radicular caracteristic. Alteori fragmentul de disc herniază intraforaminal, iar în stadiile mai avansate se produce o hernie de disc centrală, ce comprimă sacul dural și determină simptomatologia caracteristică mielopatiei cervicale.

Etiologia degenerării discale lombare este multifactorială și ține de o varietate de factori, cum ar fi vârsta, locul de muncă și mediul social, precum și

factorii stilului de viaţă şi alte caracteristici individuale. Lipsa de exerciţiu, munca de noapte care presupune depunerea unui efort suplimentar au fost predictori independenţi ai deteriorării discului degenerat.

Compresiunea asupra rădăcinilor se poate exercita în funcţie de cele 3 segmente anatomice care constituie canalul radicular, rădăcinile pot fi comprimate în:

- segmentul canalar (în canalul rahidian),
- segmental funicular (la nivelul recesului lateral delimitat de corpul vertebral anterior, de pediculul lateral şi articulaţiile interapofizare posterior),
- segmental foraminal (în gaura de conjugare).

Kramer (1990) a relevat că 92,7 % din toate dereglările spinale sunt cauzate de probleme degenerative ale discului şi 61,94 % din aceste probleme apar în zona lombară (Kramer, 1990). HDL duce la o accelerare a degenerării discului.

Munca ce implică răsucirea sau aplecarea trunchiului, manevrarea manuală de material greu sau vibraţia întregului corp, creşte riscul apariţiei unei afecţiuni în zona lombară. În plus, fumatul şi factorii psiho-sociali, cum ar fi, de exemplu, stresul sau lipsa satisfacţiei profesionale, sunt factori de risc implicaţi în comportamentele care conduc la alterarea discurilor şi la accentuarea trăirii subiective a durerii (Miranda et al., 2002). Perioadele prelungite de lipsă de activitate au drept cauză durerea, pot conduce la atrofierea muşchilor spatelui (Hides et al., 1994).

Multe studii au raportat o îmbunătăţire în statusul funcţional al pacienţilor ce au fost supuşi chirurgiei lombare spinale (Kim et al., 2006). Rezultatele tratamentului, operativ sau nonoperativ, sunt mai puţin marcante la pacienţii care fumează decât la cei care nu fumează. La aceşti dependenţi există o incidenţă mai mare în persistenţa durerilor lombare după tratament şi a osteoporozei progresive cu complicaţii asociate, iar ratele chirurgicale de vindecare sunt mai scăzute (Theiss et al., 2000). Prin urmare, încetarea fumatului este un aspect important în tratamentul pacienţilor cu dureri lombare (Brodke & Ritter, 2004).

2. Calitatea vieţii

În rândul pacienţilor cu HDL se constată o scădere a calităţii vieţii. În general, dacă nu apar complicaţii, calitatea vieţii creşte semnificativ după operaţie (Sinikallio et al, 2007).

Termenul „calitate a vieţii" (*engl. quality of life - QoL*) se referă la percepţia subiectivă a oamenilor sau pacienţilor cu privire la diverse aspecte ale vieţii lor:

- planul social,
- planul psihologic,
- funcţionarea fizică,
- percepţia sănătăţii,
- percepţia oportunităţilor (Patrick şi Erickson, 1993).

Atributele principale ale calităţii vieţii sunt:

(a) sentimentul general de satisfacţie a vieţii,

(b) capacitatea mentală de a evalua dacă viaţa este sau satisfăcătoare,

(c) o stare acceptabilă de sănătate fizică, mentală, socială şi emoţională,

(d) o evaluare obiectivă cu privire la condiţiile adecvate de viaţă (Meeberg, 1993).

Principalele dimensiuni ale calităţii vieţii sunt:

1. bunăstarea fizică şi materială;
2. relaţiile cu celelalte persoane;
3. activităţi sociale, comunitare şi civice;
4. dezvoltare personală;
5. recreere (Flanagan, 1978).

Short Form - SF-36 este un chestionar general de evaluare a calităţii vieţii adulţilor. Cuprinde 8 scale:

- funcţionarea fizică,
- durerea corporală,
- sănătatea generală,
- vitalitatea,
- funcţionarea socială,
- rolul emoţional,
- sănătatea mentală.

Pe fiecare scală, scorurile itemilor sunt codaţi şi transformaţi într-o scală cu valori de la 0 la 100, unde scorul cel mai mare indică un nivel mai mare de funcţionare. Cele 8 dimensiuni sunt ponderate şi agregate în două scoruri sumative: calitatea vieţii fizice (physical component summary - PCS) şi calitatea vieţii mentale (mental component summary - MCS). Scorurile PCS şi MCS sunt raportate comparativ la populaţia generală a Statelor Unite ce are ca medie scorul 50 (SD=10).

Quality of Life Inventory (QOLI) este o măsură generică a calităţii vieţii din perspectiva sării de bine, având la bază teoria lui Frisch (1998). Reflectă gradul în care cele mai importante nevoi, scopuri şi dorinţe ale unui individ au fost îndeplinite. QOLI s-a dovedit a fi o măsură sensibilă şi utilă într-o gamă de aplicaţii terapeutice, inclusiv evaluarea rezultatelor reabilitării. Acesta a fost proiectat pentru utilizarea la scară largă în domeniul sănătăţii mentale şi cuprinde 16 domenii relevante şi bine definite:

- sănătatea,
- stima de sine,
- obiectivele personale,
- valorile personale,
- banii,
- munca,
- distracţia,
- învăţarea,
- creativitatea,
- sprijinul/ ajutorul,
- dragostea,
- prietenii,
- copiii,

- rudele,
- casa/ căminul,
- vecinătatea şi comunitatea.

Respondenţii sunt rugaţi să evalueze *importanţa* pe o scara de trei puncte: “nu este important”= 0, ”important”= 1, ”foarte important”= 2) şi *satisfacţia* pe o scala de şase puncte (de la “foarte nemulţumit”= -3 la “foarte mulţumit= 3) pentru fiecare domeniu. Combinarea criteriului legat de importanţă cu cel legat de satisfacţie produce scoruri ponderate pentru fiecare domeniu. Punctajele totale pot fi convertite în scoruri T, iar precentilarea permite compararea cu datele normative.

Wisconsin HSS Quality of Life Inventory (Collins et al., 2000) evaluează nivelul calităţii vieţii la persoanele cu dizabilităţi ţinând cont de Ierarhia Nevoilor stabilită de Maslow. Testul prezintă 60 de itemi grupaţi în cinci subscale a câte 12 itemi fiecare. Aceste subscale reprezintă domeniile:

- fiziologic (physiological - PHY),
- siguranţă şi securitate (safety and security - SS),
- dragoste şi apartenenţă (love and belongingness - LB),
- stima de sine (self-esteem - SE), realizarea/actualizarea de sine (self-actualization - SA).

Chestionarul EuroQol-5D este o măsură generică şi preferinţal-ponderată a calităţii vieţii (HRQL). Coons et al. (2000) consideră că acesta a fost conceput pentru a fi auto-administrat şi este suficient de scurt pentru a fi folosit în combinaţie cu alte măsuri. Evaluează cinci dimensiuni:

- mobilitatea,
- auto-îngrijirea,
- activităţile vieţii zilnice,
- durerea,
- anxietatea şi depresia.

Fiecare dimensiune este descrisă de trei nivele posibile ale problemelor (inexistent, uşor până la moderat şi sever).

3. Aspecte funcţionale afectate în HDL

În acest paragraf apelăm la Clasificarea Internaţională a Funcţionalităţii, Dizabilităţii şi sănătăţii (CIF) pentru a detalia funcţiile corpului, insistând pe cele afectate în HDL.

3.1. Motricitatea

Conform CIF, *motricitatea* include următoarele funcţii:

- Funcţiile mişcării (funcţiile reflexelor motorii - funcţii ale contracţiei involuntare a muşchilor indusă automat de stimulii specifici; reflexul mişcării de întindere - funcţii ale contracţiilor involuntare ale muşchilor induse automat prin mişcări de întindere; reflexe generate de stimuli nocivi - de retragere; reflexe generate de alţi stimuli exteroceptivi);

- Funcțiile reacțiilor de mișcare involuntară (funcții ale contracțiilor involuntare ale masei musculare sau ale întregului organism induse de poziția corpului, echilibru și stimuli periculoși - funcții ale reacțiilor posturale, reacții de îndreptare, reacții de corectare a poziției corpului, reacții de echilibru, reacții de sprijinire, reacții de apărare);

- Controlul funcțiilor mișcărilor voluntare (controlul mișcărilor voluntare simple, controlul mișcărilor voluntare complexe, coordonarea mișcărilor voluntare simple și complexe, funcții de sprijin ale brațului sau piciorului - controlul și coordonarea mișcărilor voluntare prin trecerea greutății fie pe brațe - coate sau palme -, fie pe picioare - genunchi sau laba piciorului);

- Funcțiile mișcărilor involuntare (contracțiile involuntare ale mușchilor, tremor-ul în repaus tremor-ul în timpul acțiunilor și postural);

Magnitudinea și durata spasmelor și contracțiilor musculare poate fi cuantificată cu scale specifice, precum *Spinal Cord Assessment Tool for Spastic Reflexes* (SCATS) (Benz et al., 2005). Unele tehnici de măsurare pot viza elemente ale mișcărilor. Puterea extremității inferioare este evaluată folosind cel puțin 2 metode:

(1) evaluarea clinică cu ajutorul ASIA Lower Extremity Motor Score (LEMS) (Maynard et al., 1979),

(2) o sarcină cu 6 grade de dificultate atașată la un Biodex de testare și reabilitare. De exemplu, se pot viza grupele de mușchi responsabile pentru abilitatea de a merge: mușchii extensori ai genunchiului și mușchii flexori ai șoldului. Mușchii extensori ai genunchiului pot fi testați în condiția de îndoire la 90 de grade în timp ce participantul stă în picioare (cu flexia șoldului între 80 și 90 de grade). Mobilitatea șoldului este evaluată cu participanții poziționați culcat pe spate și șoldul flexat la 30 de grade. Lungimea mâinii poate fi păstrată la 75% din lungimea segmentului de picior respectiv. Participanții exercită contracții maxime pentru 3-5 secunde. Software-ul LabView înregistrează și cuantifică semnalele apoi face media execuției pentru fiecare proces, ulterior fiind normalizată la greutatea corporală (N-m/kg).

- Mobilitatea:

A. schimbarea și menținerea poziției corpului - poziția culcat, poziția pe vine, poziția în genunchi, poziția așezat, poziția în picioare, poziția aplecat (îndoit); schimbarea centrului de greutate al corpului, adaptarea sau deplasarea greutății corpului dintr-o poziție în alta -șezând, în picioare sau culcat-, trecerea de pe un picior pe altul în poziția în picioare;

B. menținerea poziției corpului - culcat, ghemuit, în genunchi, așezat, în picioare etc.;

- Mersul și deplasarea (mersul pe jos - pe distanțe scurte < de un km, pe diverse suprafețe înclinate, denivelate, mobile, ocolirea obstacolelor; deplasarea complexă – târâtul, cățăratul, alergatul, săritul, înotul, urcarea scărilor; deplasarea complexă în/ prin diferite locuri, deplasarea prin locuință -(de la un etaj la altul, pe terasă, balcon, în curte, verandă, grădină-, deplasare prin clădiri, altele decât locuința proprie, deplasarea în afara locuinței și a altor clădiri, deplasarea complexă

folosind echipamente, deplasarea cu mijloace de transport/ folosirea mijloacelor de transport, condusul vehiculelor;

- Funcţiile tipurilor de mers (hemiplegic, paraplegic, asimetric, şchiopătatul, mers ţeapăn, tipuri de alergare, mişcări ale întregului corp, senzaţii legate de funcţiile muşchilor şi mişcării);

Mersul este considerat etalon pentru activitatea fizică. Media numărului de paşi făcuţi zilnic de o persoană şi media recomandată este de aproximativ 10.000 paşi/zi (Tudor-Locke şi Bassett, 2004). Puţine studii oferă estimări cantitative ale numărului de paşi făcuţi de pacienţii ci HDL (Behrman et al., 2005). Mersul este afectat de obezitate, ateroscleroză şi diabet zaharat, care sunt binecunoscute efecte secundare ale leziunii măduvei spinării (Bauman & Spungen, 2008). Tehnicile folosite pentru cuantificarea paşilor făcuţi zilnic de către pacienţii cu leziuni neuronale s-au îmbunătăţit o dată cu dezvoltarea unor microprocesoare şi accelerometre care sunt purtate pe tot parcursul zilei (Berlin et al., 2007). Testele funcţionale clinice de mers pe distanţe lungi sau scurte sunt considerate buni predictori în autoevaluările mersului în casă sau în societate (Perry et al., 1995). Dintre acestea amintim:

Testul „get-up and go" (Mathias, Nayak şi Isaacs, 1986) şi versiunea cronometrat- *„timed up and go"* se realizează cu încălţăminte sau ajutor tehnic dacă este necesar. Se cere persoanei sa se ridice de pe un scaun cu înălţimea de 46 cm prevăzut cu rezemătoare de coate la 65cm. Persoana merge confortabil înainte pe o distanţă de 3m, efectuează o întoarcere rapidă şi revine în poziţia scaunului, apoi se aşează. Cronometrajul normal al timpului total: 10 secunde (se realizează anterior o probă fără cronometraj).

Rezultatele se fac în funcţie de o scala cotată de la 1 la 5:

1: nicio instabilitate,

2: foarte uşor anormală (lentoare în execuţie),

3: moderat anormala (ezitare, mişcare compensatorie a membrelor superioare şi a trunchiului),

4: anormală (pacientul se poticneşte),

5: foarte anormală (riscul permanent de cădere).

Un scor peste sau egal cu 3 la fiecare încercare traduce un risc important de cădere şi trebuie să alerteze vigilenţa îngrijitorilor.

Testul celor 10m de mers (Rossier et al., 2001; Mathias, Nayak şi Isaacs, 1986) presupune a număra paşii pentru parcurgerea unei distanţe de 10 m cu viteza confortabilă (tabelul 1). Se cronometrează timpul necesar pentru parcurgerea unei distante de 10 m (tabelul 2).

Tabelul 1. Testul celor 10m de mers.

Subiecţi	Tineri cu alură liniştită	Tineri cu alură rapidă	Vârstnici	Patologici
Număr paşi	11-17	8-10	12-14	13-25

Tabelul 2. Timpul necesar pentru parcurgerea unei distante de 10 m.

Subiecţi	Medie	Extreme
Bărbaţi	7,6sec	5,0-10,0sec
Femei	8,0sec	6,0-12,0sec

Testul de 6 minute de mers are ca scop să acopere cea mai mare distanta posibila in 6 minute şi foloseşte regula informării subiectului la minutul 2 şi 4 şi a stimulării verbale (încurajări) la fiecare 40 de secunde. Valoarea prag este de 300-325m, testul reprezentând un test de anduranţă (Harada et al., 1999).

Utilizând scala Hoffer modificată, Perry et al. (1995) au descoperit că subiecţii care se identifică ca fiind activi social au atins viteze de peste 0,8 m/s faţă de cei care au o activitate socială mai redusă, care ating viteze între 0,8 şi 0,4m/s. În schimb, persoanele care au umblat numai în cadrul domiciliului nu depăşesc 0,4 m/s. Îmbunătăţirile în viteza de mers care depăşesc aceste criterii sunt asociate cu o percepţie mai mare a mobilităţii (Schmid et al., 2007). Din păcate, există limite privind aplicabilitatea acestor criterii pentru datele diagnostice (Saraf et al., 2010). Studiile care folosesc măsurători clinice sau auto-măsurări ale vitezei mersului nu sunt consecvente în realizarea unei măsurări cantitative a mersului zilnic.

Echilibrul/ stabilitatea posturală este evaluată folosind scala Berg Balance (BBS) care evaluează stabilitatea posturală pe parcursul a 14 sarcini, a căror dificultate creşte (Berg et al., 1995).

3.2. Sensibilitatea

Conform Clasificării Internaţionale a Funcţionalităţii, Dizabilităţii şi Sănătăţii (CIF), *funcţiile senzoriale* includ următoarele categorii:

- Funcţia proprioceptivă (sesizarea poziţiei relative a părţilor organismului, sentimentul posturii -statestezia- sau mişcării - kinestezia);
- Funcţii psihomotorii (controlul psihomotor: rapiditate, timp de răspuns motor);
- Funcţia vestibulară (a poziţiei, funcţia vestibulară de echilibru, funcţia vestibulară de determinare a mişcării);
- Funcţiile senzoriale legate de temperatură şi de alţi stimuli (sensibilitate la temperatură, sensibilitate la vibraţii, trepidaţii sau oscilaţii, sensibilitatea la presiune, senzaţia de presiune superficială sau profundă la apăsarea pielii, afectări ale sensibilităţii tactile: amorţeala, hipoestezia, hiperestezia, furnicături, sensibilitatea la stimuli nocivi, sesizarea a unor senzaţii dureroase sau de disconfort -hipoalgezia, hiperpatia, alodinia, analgezia, simptome din anestezia dolorosă);
- Funcţia tactilă (sesizarea prin atingere a suprafeţei şi calităţii materialelor, senzaţia de atingere, amorţeală, anestezia, furnicături, parastezia, hiperestezia);
- Durerea (generalizată - senzaţie neplăcută la nivelul întregului corp; durere la nivelul unei părţi a organismului, durere a spatelui/ durere dorsală/ lombară, durere a membrelor inferioare, durere a articulaţiilor - una sau mai multe, mari şi

mici - durere la nivelul mai multor părţi ale organismului, durere radiată la nivelul dermatomului în zona pielii inervată de nervul rahidian corespunzător părţii afectate, durere radiată la nivelul unui segment sau regiuni - iradiere în zone neinervate de aceleaşi rădăcini a nervilor rahidieni);

Pentru *evaluarea durerii* se apelează la *Visual Analogue Scale* (VAS) (Huskisson, 1974), care constă într-o linie de 10 cm, pe care pacientul notifică intensitatea durerii subiective pentru spate şi pentru picioare. Un capăt al scalei a fost marcat cu sintagma "fără durere" (0 cm), iar celalalt cu sintagma "durere puternică" (10 cm).

3.3. Activitatea fizică

CIF clasifică următoarele categorii de activităţi:

- Sarcini şi solicitări generale (îndeplinirea unei singure sarcini simple, complexe; îndeplinirea unei singure sarcini independente, îndeplinirea unei singure sarcini în grup, îndeplinirea unor sarcini multiple, efectuare, finalizare, succesiv sau simultan/ toate odată sau pe rând; finalizarea sarcinilor multiple deodată sau pe rând; efectuarea sarcinilor multiple independent; efectuarea sarcinilor multiple în grup; realizarea programului zilnic obişnuit; organizarea programului zilnic obişnuit; finalizarea programului zilnic obişnuit);
- Autoîngrijirea (spălatul, ştersul, uscatul, îngrijirea părţilor corpului, toaleta intimă - igiena urinării, igiena defecaţiei, igiena menstruaţiei; îmbrăcatul - dezbrăcatul, încălţatul, descălţatul; îngrijirea propriei sănătăţi, asigurarea propriului confort, structurarea dietei şi activităţile de fitness, menţinerea propriei sănătăţi);
- Autogospodărirea (achiziţionarea de bunuri şi servicii, cumpărăturile, pregătirea mâncării, prepararea de mâncăruri simple sau/şi complexe; efectuarea treburilor casnice - spălatul şi uscatul hainelor şi rufelor, curăţenia spaţiului şi a ustensilelor de gătit, curăţirea spaţiului locuit, folosirea aparaturii de uz casnic, aruncarea gunoiului, munca în casă, în afara locuinţei, a ridica obiecte, a muta obiecte, a împinge obiecte; îngrijirea obiectelor de uz casnic şi ajutorul pentru ceilalţi - îngrijirea obiectelor de uz casnic, confecţionarea şi repararea hainelor, întreţinerea locuinţei şi mobilierului, întreţinerea aparaturii de uz casnic; îngrijirea animalelor; ajutorul pentru ceilalţi - a ajuta pe alţii în autoîngrijire, să se deplaseze, să comunice, să stabilească relaţii interpersonale, cu alimentaţia, să-şi păstreze starea de sănătate);
- Ariile majore ale vieţii (educaţia, munca şi angajarea în muncă - stagii de pregătire, dobândirea, păstrarea şi încetarea activităţii de muncă, căutarea unui loc de muncă, păstrarea unui loc de muncă, încetarea activităţii de muncă, monitorizarea propriilor performanţe de muncă, a fi concediat, şomaj, incidente disciplinare, accidente, concedii medicale, concedii fără plată, pensie pe caz de boală, pensie, grad de invaliditate).
- Viaţa economică (tranzacţii economice de bază, tranzacţii economice complexe, împrumut de bani de la alţii apropiaţi, împrumut de bani de la bancă, etc.);

- Comunitate, viaţa civică şi socială (viaţa comunitară, cluburi sociale, recreerea şi petrecerea timpului liber, jocul, sporturi, arta şi cultura, hobby-uri, socializarea, a face turism, a călători, fitness, religie şi spiritualitate, viaţa politică şi calitatea de cetăţean).

Aceste activităţi sunt evaluate global cu ajutorul scalelor de dizabilitate.

3.4. Viaţa socială

Funcţiile sociale stipulate de CIF includ: interacţiunile şi relaţiile interpersonale (interacţiuni interpersonale generale, de bază, respect şi căldură în relaţii, aprecierea în relaţii, toleranţă în relaţii, critica în relaţii, contactul fizic în relaţii, interacţiuni interpersonale complexe, stabilirea relaţiilor, încetarea relaţiilor, reglarea comportamentului în timpul interacţiunilor, interacţiunea în conformitate cu regulile sociale, menţinerea spaţiului social; relaţii informale cu prietenii, cu vecinii, relaţii de familie, etc.);

Nothingham Health ProWle (William, 1981) permite cuantificarea insuficienţei funcţionale prin întrebări despre durere, mobilitatea fizică şi a stresului psihologic prin întrebări cu privire la izolarea socială, reacţii emoţionale, somn şi energie.

The Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) (Goodman, 1999) este un instrument cu mai multe subscale, care evaluează simptomele emoţionale, problemele de comportament, hiperactivitate şi alte probleme de relaţionare. Un scor total este derivat din suma acestor patru sub-scale. Scorurile mai mari indică dificultăţi mai mari.

Pentru *diagnoza integrării sociale* se foloseşte *The Community Integration Questionnaire*, care are 15 itemi, scorurile de la 0 la 29 indică nivelul de integrare. Există trei scale:

- integrare socială (socializare, implicare în relaţii),
- integrare în familie (independenţa în activităţile casnice, nevoia de ajutor),
- productivitate (Willer et al., 1993).

The Social Support Scales este un instrument utilizat pentru a evalua relaţiile sociale de suport. Are 2 dimensiuni:

1. disponibilitate şi interacţiune socială,
2. disponibilitate şi ataşament (Karlsson et al., 1995).

The La Trobe Communication Questionnaire (LCQ; Douglas, 2010) a fost dezvoltat pentru a măsura abilitatea de comunicare socială incluzând auto-şi hetero-raportări. Chestionarul evaluează patru factori:

- fluenţa conversaţiei,
- controlul inhibitor,
- managementul sarcinii,
- controlul atenţional.

Instrumentul are la bază o experienţă clinică importantă (analiza discursului clinic: clinical discourse analysis – CDA – emisă de Damico, 1985) şi principiile cooperării stipulate de Grice (1975), după care se stabilesc o serie de indicatori ai conversaţiei:

1. *cantitatea* comunicării sociale (cantitatea maximă de informaţie stipulată într-o conversaţie, abaterile în sensul cantităţii reduse, care duc la ignorarea detaliilor importante sau foarte abundente, nenecesare, cum ar fi insistenţa pe o temă),

2. *calitatea* comunicării sociale (acurateţea contribuţiei la conversaţie, abaterile constând în mesaje nerelevante sau nesesizarea erorilor de interpretare ale partenerului),

3. *relaţionarea* (relevanţa contribuţiei la conversaţie, abaterile constau în comentarii tangenţiale sau comportamente nepotrivite),

4. *maniera de comunicare* (promptitudinea reacţiei, abaterile sunt reprezentate de întârzieri ale răspunsului, lipsa logicii structurii, răspunsul slab la mesajele partenerului) (Douglas, 2010).

3.5. Sănătatea psihică

Funcţiile adaptării psihice, conform CIF sunt:

- A face faţă stresului şi altor solicitări psihologice (a face faţă responsabilităţilor, a face faţă situaţiilor de criză - dificultăţi, pericole);
- Funcţii emoţionale (adecvare, reglare, varietatea emoţiei - dragoste, ură, anxietate, supărare, bucurie, teamă, furie);
- Funcţii legate de experienţa de sine şi de timp (conştientizarea de sine, a organismului, a poziţiei proprii faţă de realitatea înconjurătoare şi de timp, Imaginea organismului, reprezentarea organismului);
- Atitudini (atitudini individuale ale membrilor familiei lărgite, ale prietenilor, ale cunoştinţelor, colegilor, vecinilor şi membrilor comunităţii, ale persoanelor cu funcţii de conducere, ale îngrijitorilor şi asistenţilor personali, ale persoanelor necunoscute, ale profesioniştilor din domeniul sănătăţii, ale profesioniştilor din domenii conexe ale sănătăţii).

The General Health Questionnaire (GHQ) (Goldberg, 1978) este un instrument general pentru a evalua starea de sănătate şi tulburările psihice minore. GHQ-30 are 30 de itemi, fiecare item este evaluat pe o scală de la 0 la 3, unde 3 reprezintă prezenţa celor mai multe simptome, prin urmare cel mai scăzut nivel calităţii vieţii. GHQ-30 are 5 dimensiuni: anxietatea, sentimentul de incompetenţă, depresia, dificultăţi ale mecanismelor de coping, disfuncţii sociale şi un scor total. Scorul total este utilizat ca măsură a stării de bine generale, calităţii vieţii şi funcţionării.

Simptomatologia depresivă se măsoară cu The Beck Depression Inventory (BDI) (Beck, Steer, 1987) sau CES-D (Centrul pentru Studii Epidemiologice ale Depresiei) (Gilliard *et al*., 2003). BDI este un chestionar de 21 de itemi ce se auto-administrează şi este folosit pentru a măsura severitatea simptomelor depresive. BDI cuprinde 14 itemi cu referiri cognitive şi afective şi 7 itemi cu referire somatică şi performanţială. În cadrul chestionarului CES-D răspunsurile sunt de la 0 la 3 pentru fiecare dintre cele 20 de articole şi suma totală ar putea varia între 0 şi 60.

Scala Zung (ZDS) de autoevaluare a depresiei este un instrument cu 20 itemi, având fiecare câte patru alternative de răspuns, care cumulat dau un punctaj total ce variază de la 20 la 80. Obţinerea unui scor de 55 sau mai mare indică depresia (nivelul minimal şi uşor scor ZDS 50-59, moderat şi semnificativ 60-69, sever-extrem mai mare de 70) (Passik et al., 2000; Zung, 1965).

Anxietatea se măsoară cu State Trait Anxiety Inventory (STAI) (Gauthier şi Bouchard, 1993). Inventarul Multifazic de Personalitate Minnesota (Minnesota Multiphasic Personality Inventory - MMPI) a fost folosit în evaluările clinice, însă astăzi este mai puţin utilizat (Weiser, Cedraschi, 1992).

Pentru *satisfacţia vieţii* se face des apel la chestionarul *LiSat-11*, care are 11 itemi referitori la:

- realizarea vocaţională,
- aspecte economice,
- timp liber,
- contacte sociale,
- viaţă sexuală,
- activitatea de zi cu zi,
- viaţă de familie,
- relaţia cu partenerul,
- sănătatea somatică,
- sănătate psihică,
- viaţa în general.

LiSat-11 este o extensie a LiSat-9, având doi itemi în plus (Fugl-Meyer et al., 2002).

3.4. Percepţia sănătăţii şi a altor aspecte

În acord cu CIF, există:

A) Funcţii generale:

- Vigoarea, vitalitatea, fatigabilitatea;
- Funcţiile somnului (Cantitatea de somn, Adormirea, Menţinerea somnului, Calitatea somnului/ Odihna fizică şi Odihna mintală;

B) Funcţii vegetative

- Funcţiile urinare (funcţiile excreţiei urinei, funcţiile actului de urinare).

Aceste funcţii sunt evaluate cu scale funcţionale speciale.

4. Studii

4.1. Utilitatea scalelor de evaluare a calităţii vieţii

Testele clinice sunt utilizate în calculul relaţiei cost-utilitate. Solberg et al. (2005) şi-au propus a evalua validitatea, fidelitatea EQ-5D într-un grup de pacienţi supuşi unei intervenţii chirurgicale lombare, ca un prim pas spre furnizarea datelor cu caracter cost-utilitate.

Instrumentele de cercetare folosite au fost The Oswestry low-back Disability Questionnaie, Chestionarul EuroQol-5D, EuroQol Visual analogue scale (EQ VAS), Scala pentru evaluarea incapacității de a merge (să evalueze ce distanță ar putea să parcurgă; alternativele de răspuns au fost următoarele: „0.5 km", „0.5–1 km", „1–5 km" şi „>5 km"), Satisfacția legată de operație (beneficiul în urma operației: „Cât/ce beneficiu ați avut în urma operației?").

Autorii au verificat capacitatea testelor de a evalua corect indicatorii măsurați. S-au efectuat studii cu privire la criteriile metodologice necesare instrumentelor de evaluat:

- *fidelitatea* (capacitatea unui test de a evidenția scoruri asemănătoare când se face evaluarea sau reevaluarea la acelaşi pacient);
- *validitatea* (gradul în care un instrument măsoară ceea ce urmăreşte să măsoare şi se comportă conform aşteptărilor);
- *validitatea de construct longitudinal* (capacitatea instrumentelor de a identifica modificările apărute după tratament);
- *senzitivitatea testului/ responsiveness* (abilitatea instrumentelor de a detecta schimbările clinice semnificative de-a lungul timpului, fiind definită de un criteriu extern);
- *curba ROC* (Receiver Operating Characteristic) (capacitatea instrumentelor de a detecta modificările clinice importante) (Beurskens et al., 1996; Deyo, Diehl şi Rosenthal, 1986). ROC se realizează aplicând itemi precum: Au avut o îmbunătățire cu adevărat importantă pacienții care au declarat că au avut „multe" sau „foarte multe" beneficii în urma operației? Nu au avut o îmbunătățire cu adevărat importantă, pacienții care au declarat că „nu" au avut beneficii sau au avut „unele" beneficii, la fel şi cei care au fost „nesiguri"?

Referitor la validitate se pun întrebările: Cum au fost capabile instrumentele EQ-5D şi ODI să facă diferența între nivelurile de durere (în picior şi/sau de spate) şi de incapacitate a mersului pe jos? Cât de bine ar putea aceste instrumente să sorteze subgrupurile de pacienți cu probleme de sănătate diferite (definit prin scorul seturilor de 5 chestionare EQ VAS) şi cu statuturi diferite în ceea ce priveşte angajarea (angajați full-time, în concediu medical, în proces de reabilitare)?

În cele din urmă, s-a verificat cât de corect pot prezice schimbările clinice importante, modificările scorurilor EQ-5D comparativ cu scorurile ODI.

Studiul a cuprins un număr de 326 de pacienți care au suferit intervenții chirurgicale la nivel lombar în intervalul 1 ianuarie 2000 - 1 iunie 2003 în cadrul Departamentului de Neurochirurgie al Spitalului Universitar din Norvegia de Nord. Planul studiului a fost aprobat de către Comitetul Regional de Etică pentru Cercetare Medicală. Doar pacienții care au fost monitorizați 12 luni începând cu data de 1 iunie 2003, au fost incluşi în acest studiu. A fost obținut consimțământul informat al tuturor pacienților şi planul studiului a fost aprobat de către Comitetul Regional de Etică pentru Cercetare Medicală. Inspectoratul de Date din Norvegia, a aprobat înregistrarea si gestionarea datelor.

Chestionarele au fost completate de către pacienți la internare şi după 12 luni de la operație. Toți pacienții care au fost admişi pentru intervenția chirurgicală

(Grupul 1) sau care au fost evaluaţi în timpul supravegherii (Grupul 2) din perioada Octombie- Noiembrie 2001 au mai completat un set de chestionare EQ-5D pentru evaluarea fidelităţii test-retest. Pentru a se asigura că starea de sănătate a pacienţilor era stabilă, în perioada test-retest, au fost întrebaţi dacă au experimentat modificări ale stării între evaluări. Dacă au experimentat, au fost consideraţi instabili şi au fost excluşi din analizele de fidelitate.

Grupul 1 a fost format din 30 de pacienţi, din cei 32 care au primit chestionarul EQ-5D prin e-mail cu 1-2 săptămâni înainte de admiterea pentru intervenţia chirurgicală. Aceste chestionare au fost comparate cu datele obţinute la admiterea pentru operaţie. Doi pacienţi care au fost găsiţi instabili (6.7%) au fost excluşi. Grupul 2 a fost format din 43 din cei 51 de pacienţi care au primit un alt chestionar EQ-5D pe care l-au completat şi l-au trimis via e-mail într-un interval de 2 - 40 de zile după evaluarea efectuată în timpul supravegherii. Opt pacienţi din 51 nu au returnat al doilea chestionar (15.7%).

Vârsta medie (SD) a fost de 44.7 (14.3) si 123 (37.7%) dintre pacienţi au fost femei. Motivele pentru intervenţia chirurgicală au fost împărţite în trei categorii: 1 - hernie de disc lombară (79%), 2 - stenoză spinală (17%), 3 - instabilitate segmentală (vertebrală) (14%). Au fost efectuate patru tipuri de intervenţii chirurgicale: 1 - microdisectomie (73%), 2 - laminectomie (16%), 3 - fuziune prin procesul de instrumentare (5%), 4 - chemonucleoliză (6%). Durata medie (sd) a durerii de spate şi picior, anterioare operaţiei a fost de 129 de săptămâni (256), respectiv 58 de săptămâni (83).

Toţi pacienţii nu au avut rezultate cu tratamentul conservator. Mai mult de jumătate dintre aceştia (62), au mai suferit intervenţii chirurgicale la nivel lombar. Doar un procent foarte mic (4%), a suferit o a doua operaţie în perioada de observare. S-a observat o rată scăzută a complicaţiilor în urma intervenţiilor chirurgicale (4.2%); acestea includ infectarea plăgilor, hernie-musculară, sângerare şi ruptura durală.

Mediile EQ VAS, ODI şi EQ-5D la momentul iniţial şi în timpul monitorizării cu un interval de încredere de 95% (95% CI) au fost listate. Validitatea de construct transversal a fost solidă pentru EQ-5D şi ODI, dar ODI a deosebit mai bine pacienţii cu o capacitate redusă de mers.

Cercetătorii au observat că nu există nici o diferenţă între aceste instrumente în ceea ce priveşte abilitatea lor de a identifica diferitele nivele ale problemelor de sănătate definite de seturile chestionarului EQ VAS.

Validitatea de construct longitudinală, privind evaluările stării de sănătate, a fost egală în cazul ambelor chestionare.

Intervalele mărimii efectului dintre subgrupuri au fost aproape egale (EQ-5D=2.14 şi ODI=2.04). Mărimea globală a efectului a fost mare pentru ambele instrumente, însă puţin mai crescută pentru ODI, ceea ce poate fi explicată prin mărimea efectului negativ, mai mare a EQ-5D în grupul celor fără „nici un beneficiu". Curba ROC a demonstrat că ODI a obţinut rezultate mai bune în identificarea îmbunătăţirilor importante din punct de vedere clinic. EQ-5D a evidenţiat mai bine deosebirea între diferitele niveluri de efecte percepute ale tratamentului, în special în identificarea pacienţilor fără beneficii.

Studiul lui Solberg et al. (2005) demonstrează că EQ-5D este un instrument de încredere şi este redutabil ca şi ODI în evaluările HRQL ale pacienţilor operaţi pentru afecţiuni ale coloanei vertebrale lombare. Chiar dacă plângerile de natură fizică ale pacienţilor din acest studiu au fost destul de asemănătoare, aceştia au avut parte de tratamente diferite pentru probleme diferite de spate, iar durata preoperatorie a simptomelor a fost diferită. Ca o consecinţă, validitatea şi receptivitatea ambelor instrumente ar putea diferi între subgrupurile din populaţia studiată. Receptivitatea ambelor instrumente a fost mare, cel mai probabil datorită faptului că intervenţia chirurgicală este un instrument terapeutic puternic. În unele studii care au implicat pacienţi ce nu au suferit intervenţii chirurgicale, EQ-5D a fost mai puţin *senzitiv* (Garratt et al., 2001).

ODI ar putea anticipa *îmbunătăţiri semnificative din punct de vedere clinic* (analiza ROC), oarecum mai bine decât EQ-5D. Pe de altă parte, EQ-5D s-a comportat mai bine în identificarea pacienţilor cu un rezultat nefavorabil. Prezenţa unei mărimi a efectului negative a EQ-5D în grupul de pacienţi care nu au avut beneficii în urma operaţiei ar putea indica faptul că EQ-5D este mai capabil decât ODI să identifice *pacienţii a căror stare s-a deteriorat*. Nu există date precise pentru a susţine această concluzie, deoarece nu s-a cerut pacienţilor să vorbească în mod specific despre deteriorare. A fost, de asemenea, imposibil să se calculeze un minimum de diferenţe clinice semnificative (MCID), din setul de date.

În toate aceste trei domenii, ODI şi EQ-5D au demonstrat o validitate similară. Evaluarea durerii, statutul de muncă şi starea funcţională sunt considerate componentele cel mai fidel evaluate (Dionne et al., 1999).

Studiul a demonstrat faptul că EQ-5D este un instrument valid, de încredere şi receptiv în evaluările pacienţilor supuşi intervenţiilor chirurgicale lombare. Prin urmare, acesta ar putea furniza date importante pentru ***analiza cost-utilitate*** (Solberg et al., 2005). Dezvoltatorii chestionarului EQ-5D au recomandat că ar trebui să fie suplimentat cu un chestionar specific anumitor boli în studiile care se concentrează mai degrabă asupra unor preocupări specifice şi asupra problemelor pacienţilor, decât asupra unor efecte generale ale tratamentului (Brooks, 1996).

Dacă un clinician alege să utilizeze un chestionar general sau un instrument specific anumitor boli, aceasta va trebui să verifice avantajele şi dezavantajele celor două tipuri de instrumente. În acest sens, pentru HDL, se pot folosi datele din registrele clinice publice care monitorizează efectele tratamentului (Strömqvist et al., 2001).

4.2. Evaluarea multidimensională şi comparativă a calităţii vieţii în HDL

▪ Paulus et al. (1997) au comparat cu ajutorul scalei SF-36 scorurile înainte şi după operaţie ale pacienţilor cu HDL (operaţi prin laminectomie lombară fără fuziune), cei cu înlocuire de şold, înlocuire totală de genunchi şi cei operaţi de scolioză. Ei au raportat că cele mai bune rezultate au fost obţinute în cazul laminectomiei lombare şi înlocuirii şoldului. Studiul a arătat că pacienţii care suferă de dureri cronice ale părţii inferioare a spatelui sunt mai predispuşi la dereglări psihosociale asociate decât cei care suferă de dureri cronice de şold

(Fanuele et al. 2000). Albert et al. (1996) au constatat că şapte din cele opt aspecte investigate de SF-36 au prezentat îmbunătăţiri semnificative la 2 ani după laminectomia lombară. Calitatea vieţii scade în corelaţie cu durerea de spate în zona inferioară, de picior sau ambele (Levy et al., 2002).

▪ Juul et al. (2006) au comparat calitatea vieţii la pacienţii cu HDL şi la cei cu dislocare şi înlocuire totală a şoldului cauzată de osteoartrita primară (pacienţi THR). Au fost incluşi iniţial 54 de pacienţi cu HDL, 3 şi-au retras consimţământul pentru participare, iar unul a avut numeroase răspunsuri incorecte înainte de operaţie la SF-36. Prin urmare grupul de studiu a avut 50 de subiecţi (26 de femei) cu vârste cuprinse între 20 şi 70 de ani, cu o medie de vârstă de 53 de ani. Toţi pacienţii sufereau de instabilitate degenerativă lombară sau lombo-sacrală, caracterizată de dureri severe, cronice, în timpul mişcării, datorate degenerării primare sau degenerări în urma laminectomiei lombare (decompresiv) şi rezistenţei la tratament pe o perioadă de minim 6 luni. Indicaţia pentru operaţia de fuziune s-a dat după examinări clinice şi neurologice repetate, radiografii, şi un studiu RMN. Pentru HDL s-a efectuat o hemilaminectomie pentru eliminarea presiunii exercitate de disc asupra nervului dacă a fost cazul, păstrând, pe cât posibil, cât mai mult din structurile posterioare stabilizatoare (Christensen et al. 2002). Pacienţii cu afectarea şoldului au fost incluşi pentru protocolul de fixare a şuruburilor în pediculii osoşi pentru a susţine fuziunea postero-laterală şi o carcasă Brantigan (proteză utilizată în operaţia de fuziune lombară) ca suport anterior intracorporal. Transplantul s-a realizat folosind o grefă osoasă din osul iliac al pacientului.

Nu au fost diferenţe semnificative între grupuri cu privire la dizabilitate (ODI) şi nici la calitatea vieţii (SF-36). La un an după operaţie s-au obţinut diferenţe cu semnificaţie statistică, pacienţii cu dislocare de şold având scoruri mai mici la funcţionarea fizică (PF), rol fizic (RP), rol emoţional (RE) şi în cadrul componentei fizice standardizate (PCS). În rest toate scorurile au arătat îmbunătăţiri semnificative la ambele categorii de pacienţi la un an după operaţie.

▪ Peng et al. (2009) şi-au propus a determina rezultatele discectomiei endoscopice percutanate în raport cu calitatea vieţii. Au aplicat instrumentele North American Spine Score (NASS) (Daltroy et al.,1996), Medical Outcomes Study Short From-36 'Quality of Health' (SF-36) (Dahl et al., 2001; Epstein et al., 1997) şi Pain Visual Analogue Scale(VAS).

Celor 55 de pacienţi li s-a efectuat discectomie endoscopică percutanată. Au fost obţinute date privind timpul de operare, timpul de spitalizare, complicaţii postoperative şi timpul de întoarcere al pacienţilor la locurile acestora de muncă. Toţi pacienţii au fost evaluaţi postoperator, după 6 luni şi după 2 ani (de către un observator independent, care nu a fost implicat în operaţie). 36 din cei 55 pacienţi (66%) au fost operaţi sub anestezie locală, iar 19 pacienţi (34%) sub anestezie generală. Vârsta medie a pacienţilor a fost 35,6 ani (între 15-68 ani). Au participat 23 de femei (41.8%) şi 32 de bărbaţi (58,2%). Timpul mediu de operaţie a fost 55,8 minute (între 30 şi 100 minute). Durata medie de spitalizare a fost 17,3 ore (între 6 şi 24 de ore). Media perioadei de recuperare a fost de 3,4 ani (între 2 şi 6,5 ani). Toţi pacienţii care au lucrat înainte de operaţie s-au întors la serviciu. Timpul mediu de întoarcere la muncă a fost 24,3 zile (între 10 şi 60 de zile).

Mediana timpului de spitalizare pentru pacienții tratați cu discectomie deschisă clasică a variat între 3 și 4 zile (Maroon et al., 1990). Timpul mediu de reîntoarcere la serviciu a fost de 24,3 zile. Toți pacienții s-au întors la locurile de muncă anterioare operației. Alte studii au arătat că pacienții au fost apți să se întoarcă la lucru în mai puțin de o lună, iar perioada de dizabilitate a fost mai mică în discectomia endoscopică decât în discectomia deschisă (Hermantin *et al.*, 1999).

S-au înregistrat îmbunătățiri importante în scorurile referitoare la dizabilitatea spatelui, simptome neurologice, durerea de spate și durerea lombară, la 6 luni și la 2 ani comparativ cu rezultatele preoperator. Scorul mediu NASS al satisfacției în legătură cu tratamentul a fost 3,9 la 6 luni și 4,7 la 2 ani după operație.

Scoruri mai puțin satisfăcătoare au fost înregistrate la pacienții care aveau complicații sau cei care au avut nevoie de operație ulterior. Au avut complicații: 3 pacienți cărora li s-a deplasat în mod repetat discul, 3 pacienți care au suferit ulterior fuziune lombară ce a dus la creșterea durerii de spate și un pacient care a prezentat *discită* postoperator. 3 pacienți au prezentat un prolaps recurent al discului. Tuturor acestor pacienți li s-au ameliorat durerile de picior după operație. Un pacient a prezentat simptome recurente la 6 săptămâni, altul la 4 luni și al treilea la 7 luni după operație. Pentru 2 pacienți dintre aceștia s-a intervenit ulterior prin discectomie deschisă. Amândurora li s-au ameliorat simptomele fără complicații după discectomia deschisă. Un pacient care a refuzat operația a fost tratat clasic. Un pacient a avut un disc izolat după discectomia endoscopică și a fost tratat cu discectomie deschisă.

▪ Schneider et al. (2007) au investigat calitatea vieții la 636 de pacienți cu HDL. Niciunul dintre ei nu a fost supus în trecut unei intervenții chirurgicale. Au fost incluși în cercetare pacienții cu antecedente personale de hernie de disc sau protuberanțe ale discurilor lombare evidențiate neuroimagistic care au primit indicații pentru intervenție neurochirurgicală. Au fost excluși pacienții care au suferit în trecut intervenții chirurgicale de disc lombar; pacienții la care s-au descoperit alte cauze ale durerilor ușoare de spate (tumori, hemoragii, fracturi); pacienții pentru care antecedentele personale indicau faptul că returnarea chestionarelor este imposibilă sau foarte dificilă (demență severă, suferințe psihice); care nu au fost recomandați pentru intervenția chirurgicală datorită următoarelor motive: 1) Tabloul clinic și imaginile radiologice nu au fost suficiente pentru a justifica intervenția chirurgicală (21,8%); 2) Tratamentul conservator nu a fost încă efectuat, 3) Pacienții au refuzat intervenția chirurgicală (21,8%), 4) Au existat nepotriviri între nivelul radiologic al bolii și simptomele clinice (18,5%). Distribuția pe vârste și gen a arătat o vârstă medie de 49 de ani și o prelevalența semnificativă pentru genul masculin.

Designul studiului a fost aprobat de Comisia de Etică a Kantonsspital Aarau. Datele pentru graficele pacienților și chestionarele au fost păstrate separat de numele pacienților.

Pacienții au primit pe mail chestionarul SF-36. Cercetătorii le-au adresat întrebări suplimentare. Apoi au primit pe mail un chestionar creat de North American Spine Society (NASS). Acest chestionar cuprindea 19 întrebări despre

dizabilitățile lombare. Valorile de 6 însemnau nivel maxim pentru durerile lombare sau simptom radicular (Sangha et al., 2000). Colectarea datelor s-a finalizat după 5 luni.

Analiza datelor din SF 36 a urmat strict regulile Medical Outcomes Trust (Ware şi Sherbourne, 1992).

Eşantionul de studiu a arătat o scădere semnificativă a scorului SF-36 în toți cei 8 itemi comparativ cu grupul de control. Pacienții cu HDL au avut scoruri mai mici la cele opt dimensiuni ale calității vieții comparativ cu subiecții normali. S-a demonstrat o tendință uşoară a femeilor de a raporta un impact mai mare de depreciere din cauza bolii decât în cazul bărbaților.

▪ Hitoshi et al. (2005) apreciază că este util a prezice rezultatul înaintea operației deoarece cele mai multe operații de hernie lombară de disc sunt elective. Autorii au măsurat HRQOL înainte şi după operație şi au evaluat variabilele predictor care afectează rezultatele.

Subiecții au fost 45 de candidați pentru operația de hernie de disc lombară. Media de vârstă a fost 53 ani (21-78 ani). Au fost 31 de bărbați şi 14 femei, dintre care toți şi-au dat consimțământul informat. Diagnosticul s-a bazat pe simptomele clinice, RMN şi mielografie cu scanare tomografică computerizată (CT). Toți subiecții au fost admişi la spital pentru dureri severe în zona inferioară a spatelui, dureri de picior sau ambele deoarece 3-4 luni de tratament conservator nu au avut succes. După două săptămâni adiționale de tratament conservator (incluzând medicație, odihnă la pat, corset, exersarea muşchilor spatelui şi infiltrații nu au dat rezultate) pacienților li s-a cerut să aleagă continuarea tratamentului conservator sau tratamentul chirurgical. Pacienții cu boli psihice incluzând depresia diagnosticată de un psihiatru nu au fost incluşi in grupul candidaților pentru chirurgie datorită rezultatelor mai slabe după operația spinală. Pacienții cu probleme în zona urinară-rect au fost de asemenea excluşi. Herniile de disc ale celor 45 de candidați pentru tratament chirurgical au fost la nivelul L2/3 la 3 pacienți, L3/4 la 4, L4/5 la 23, L5-S1 la 12, L3-5 la 1 şi L4-S1 la 2. A fost efectuată deschiderea interlaminară urmată de herniotomie. Nucleul rămas în spațiul de disc a fost păstrat pe cât posibil. Nu a fost efectuată fuziunea spinală. Exerciții izometrice abdominale şi ale extremităților inferioare s-au reluat în prima zi postoperator. Pacientul a fost încurajat să înceapă să meargă în a 3-a zi postoperator.

Calitatea vieții a fost evaluată cu SF-36, care a fost tradus inițial în Japoneză şi validat. În plus, s-a evaluat starea funcțională - scala de 15 puncte JOA (Japanese Orthopadic Association). Acestea sunt notate de la 0 la 15 pentru simptomele subiective şi semnele clinice. Un scor JOA mare înseamnă o stare funcțională bună. Rezultatele la SF-36 şi JOA au fost notate înainte de operație şi rezultatele operației au fost evaluate conform sistemului de notare utilizat de Herron şi Pheasant.

Bun: o scădere a durerii de spate şi picior mai mare de 75%; revenirea la starea anterioară de muncă; utilizarea ocazională de analgezice uşoare sau fără analgezice; activități fizice minime sau fără restricție.

Acceptabil: o scădere de 25%-75% a durerii de spate şi picior; revenire la o munca usoara; utilizarea regulata de analgezice non-narcotice; restricţie moderată a activităţilor fizice.

Slab: mai putin de 25% scădere a durerii de spate şi picior; ne-reluarea muncii; ocazional sau regulat analgezice narcotice; restricţii severe a activităţilor fizice.

Scorurile SF-36 şi JOA au fost de asemenea disponibile la 6 luni pentru 24 de pacienţi şi la un an pentru 15 pacienţi. Variabilele predictoare posibile pentru rezultate au fost funcţionalitate fizică, rolul fizic, durerea corporală, sănătatea generală, vitalitatea, funcţionalitatea socială, rolul emoţional, şi sănătatea mentală în subgrupele SF-36; simptomele subiective şi semnele clinice ale scorurilor JOA; vârsta pacientului, sexul şi ocupaţia şi istoricul durerii de spate în zona inferioară, durerii de picior sau ambele.

4 pacienţi au fost excluşi din analize deoarece s-a întrerupt urmărirea lor în intervalul de 1 an după operaţie. Monitorizarea medie pentru cei 41 de pacienţi rămaşi a fost de 20 de luni. Rezultatele pentru toate grupele SF-36 au crescut semnificativ la monitorizarea de 6 luni şi 1 an. Scorurile în ceea ce priveşte rolul fizic şi durerea corporală ale SF-36 au fost semnificativ mai scăzute înainte de operaţie, dar nu au arătat nici o diferenţă semnificativă după 6 luni sau 1 an (testul Turkey-Kramer post hoc). Scorurile JOA (simptome subiective, semne clinice) au fost scăzute înainte de operaţie şi au prezentat creşteri semnificative la 6 luni şi 1 an. Efectul maxim a fost obţinut pentru durerea corporală şi minimum a fost pentru sănătatea generală pentru ambele momente de timp: 6 luni şi 1 an.

Rezultatele operaţiilor au fost în 29 de cazuri, bun, 11 acceptabil şi 1 slab. Un pacient, bărbat de 39 de ani a fost extrem de satisfăcut la monitorizarea de 1 an, dar ulterior a reclamat dureri severe de spate în zona inferioară şi sciatică după ridicarea unei porţi de fotbal, la 16 luni după operaţie. A cerut o a doua operaţie pentru hernie de disc recurentă şi a fost cotat ca având un rezultat slab. Un rezultat "bun" sau "acceptabil" a fost prezis pentru cei 40 de pacienţi. În analiza univariată, ocupaţia, vârsta pacientului şi funcţionalitatea socială indicată de SF-36 au fost predictori semnificativi. Aceste variabile au fost introduse într-o analiză de regresie logistică multiplă şi au fost selectate vârsta pacientului şi funcţionalitatea socială. Cel mai bun model predictiv a fost determinat după cum urmează.

Când vârsta pacientului este <50 şi funcţionalitatea socială <60 înainte de operaţie, probabilitatea unui rezultat bun este 98%. Când vârsta pacientului este >=50 şi funcţionalitatea socială este >= 60 înainte de operaţie, probabilitatea unui rezultat bun este de doar 35%.

Scorurile la subscala rol fizic a SF-36 au fost mai scăzute când munca sau alte activităţi zilnice obişnuite au fost limitate datorită problemelor de sănătate. Scorurile la subscala de evaluare a durerii corporale a fost mică atunci când respondenţii aveau dureri corporale sau când durerile corporale interferau cu munca normală. Munca şi activităţile pacienţilor au fost drastic limitate datorită durerii. Toate subscalele SF-36 au crescut semnificativ şi la monitorizarea de 6 luni şi la cea de 1 an, cu dimensiunea maxima a efectului pentru durerea corporală şi minima pentru sănătatea generală. Rolul fizic şi durerea corporală au fost joase la

momentul inițial, iar sănătatea generală nu s-a îmbunătățit după 3 luni de monitorizare.

Albert et al. (1996) au raportat că scorurile pentru rolul fizic și durerea corporală au fost scăzute înainte de operație și toate scorurile la subscalele SF-36 cu excepția sănătății generale au crescut semnificativ după laminectomia lombară. Stewart et al. (1989) au remarcat că durerea corporală a diferențiat cel mai mult pacienții care au avut dureri de spate de cei care nu au avut. Shields et al. (1999) au descris rezultate similare pentru operația la nivelul umărului și genunchiului (rolul fizic și durerea corporală au fost scăzute înainte de operație, sănătatea generală nu s-a îmbunătățit mult după operație). Rezultă că afecțiunile osoase și ale articulațiilor par să amelioreze rolul fizic și durerea corporală, însă nu și percepția problemei de sănătate.

▪ Saban et al. (2007) au avut ca obiectiv al studiului a evalua factorii individuali și de mediu care au un impact asupra percepției calității vieții (HRQOL - Health-Related Quality of Life) la pacienții care au suferit intervenții chirurgicale lombare spinale. Studiu a vizat surprinderea schimbărilor în următoarele domenii: suportul social, durere, dispoziție, status funcțional, sănătatea percepută și percepția calității vieții legată de sănătate în urma operației lombare spinale. A fost folosit chestionarul MOS (Medical Outcomes Study) pentru a măsura disponibilitatea percepută a suportului social (Sherbourne și Stewart, 1991). Scala de evaluare numerică a durerii (NPRS – Numeric Pain Rating Scale) a fost folosită pentru a stabili gradul durerii de spate. Profilul stării de dispoziție – forma succintă (POMS-brief – Profile of Mood States-Brief Form) a evaluat starea de dispoziție (McNair, Lorr, Droppleman, 1992). Statusul funcțional specific bolii a fost măsurat cu ajutorul Indexului Oswestry pentru durerile de spate (ODI - Oswestry Disability Index for Low Back Pain) versiunea 2.0 (Fairbank și Pynsent, 2000). Calitatea vieții asociată sănătății a fost măsurată cu SF12 (Ware et al., 2002) care conține 12 itemi ce furnizează scoruri pentru cele opt concepte ale calității vieții. Percepțiile generale despre sănătate au fost evaluate alegându-se un singur item – „excelent". „foarte bun", „bun", „slab". Pentru evaluarea funcției biologice s-au folosit diagrame medicale pentru colectarea variabilelor biologice și fiziologice.

Au fost incluși în studiu subiecți ce urmau să aibă operații lombare pentru prima dată. 94 de pacienți au participat la studiu, din aceștia 73 (77, 6%) au completat chestionarul preoperator (la 2-14 zile înainte de operație), iar 57 (78%) dintre subiecți au completat chestionarul postoperator după trei luni de la operație. Media de vârstă a fost de 53,4 ani (vârsta a variat de la 21 de ani, la 84). La studiu au participat mai multe femei (30) decât bărbați (27). Cei mai mulți dintre subiecți erau căsătoriți (40), majoritatea participanților erau de culoare albă (51) și aveau studii superioare. Postoperator, 21 dintre subiecți (36, 8%) au raportat că au diminuat numărul orelor de muncă datorită durerilor de spate.

Saban et al. (2007) au evidențiat următoarele rezultate:

- suportul social: în general, subiecții au raportat niveluri moderate ale susținerii sociale preoperatorii, cât și postoperatorii;

- funcţia biologică: subiecţii au raportat o largă varietate de afecţiuni, cum ar fi hipertensiune, osteoartrită, diabet. Cei mai mulţi aveau o greutate peste medie, unii fiind obezi, acesta fiind un factor de risc în dezvoltarea durerii de spate;

- durerea a scăzut semnificativ de la media de 7.0 preoperator, la 3.19 postoperator;

- starea emoţională (tensiune-anxietate, furie-ostilitate, vigoare-activism, oboseală-inerţie, confuzie, depresie): rezultatele au arătat o îmbunătăţire semnificativă între dispoziţia preoperator totală şi dispoziţia postoperator totală. Mai ales scorurile tensiunii psihice şi oboselii s-au îmbunătăţit semnificativ în perioada postoperatorie;

- statusul funcţional: preoperator ODI a indicat o dizabilitate severă în statusul funcţional, iar postoperator s-a evidenţiat o îmbunătăţire – dizabilitatea a devenit moderată;

- calitatea vieţii asociată sănătăţii: rezultatele au arătat o îmbunătăţire semnificativă a stării fizice, nu şi a celei psihologice postoperator;

- nivelul preoperator al percepţiei sănătăţii per global nu s-a modificat comparativ cu nivelul postoperator;

- subiecţii mai în vârstă au avut tendinţa de a raporta un nivel mai înalt de sănătate mintală decât cei mai tineri, însă vârsta nu a constituit un factor de diferenţiere în plan fizic;

Nivelul susţinerii sociale a influenţat pozitiv complianţa privind regimul medical prescris, cât şi calitatea vieţii pacienţilor ce trebuiau operaţi.

Deşi statusul funcţional a fost semnificativ îmbunătăţit după operaţie, subiecţii au prezentat un gard moderat de dizabilitate la trei luni după intervenţie.

În ciuda îmbunătăţirii semnificative a dispoziţiei generale, subiecţii tot au raportat niveluri scăzute ale vigorii şi niveluri ridicate de oboseală comparate cu normele publicate (McNair et al., 1992). Acesta poate fi rezultatul recuperării continue în cele trei luni postoperatorii sau se poate datora întoarcerii pacienţilor la activităţile cotidiene.

*
* *

Monitorizarea pe termen lung este necesară pentru a clarifica variabilele predictive pentru rezultate pe termen lung. De asemenea, rezultatele pe termen scurt sunt importante pentru a putea evalua calitatea vieţii pacienţilor în perioada imediată de după operaţie, dar şi la intervale secvenţiale.

Bibliografie

Albert, T. J., Mesa, J. J., Eng, K., Mclntosh, T. C. & Balderston, R. A (1996). Health outcome assessment before and after lumbar laminectomy for radiculopathy. Spine, 21:960–3.

Bauman, W. A., Spungen, A. M. (2008). Coronary- heart disease in individuals with spinal cord injury: assessment of risk factors. Spinal Cord: 46:466-476.

Beck, A. T., Steer R. A. (1987). Beck Depression inventory, San Antonio, TX. Harcourt Brace Jovanovich.

Behrman, A. K., Lawless-Dixon, A. R., Davis, S. B., et al. (2005). Locomotor training progression and outcomes after incomplete spinal cord injury. Phys Tber. 2005:85:1356-137l,

Berg, K.. Wood-Dauphinée, S., Williams, J. I. (1995). The Balance Scale: reliability assessment witch elderly residents and patients with an acute stroke. Scand J Rehabil Med: 27:27-36.
Berlin, J. E., Storti, K. L., Brach, J. S. (2006). Using activity monitors to measure physical activity in free-living conditions. Phys War :86:1137-1145
Beurskens, A. J., Vet, H. C., Koke, A. J. (1996). Responsiveness of functional status in low back
Brodke, D. S., & Ritter, S. M. (2004). Nonoperative management of low back pain and lumbar disc degeneration. The journal of bone & joint surgery, volume 86-A(8), 1810-1813.
Christensen, F. B., Hansen, E. S., Eiskjaer, S., Hoy, K., Helmig, P., Neumann, P., Bunger, C. E. (2002). Circumferential lumbar spinal fusion with Brantigan cage versus posterolateral fusion with Cotrel-Dubousset instrumentation: a prospective, randomized clinical study of 146 patients. Spine, 27 (23): 2674-83.
* Clasificarea Internaţională a Funcţionalităţii, Dizabilităţii şi Sănătăţii (CIF). (2004). Organizaţia Mondială a Sănătăţii. Editura MarLink, Bucureşti.
Collins R, Lanham RA, Jr. and Sigford BJ. 2000. Reliability and validity of the Wisconsin HSS Quality Of Life inventory in traumatic brain injury. J Head Trauma Rehabil 15(5):1139-48.
Coons, S. J., Rao, S., Keininger, D. L., Hays, R. D. (2000). A comparative review of generic quality-of-life instruments. Pharmacoeconomics 17:13–35
Dahl, B., Gehrchen, P. M., Kiaer, T., Blyme, P., Tondevold, E. şi Bendix, T. (2001). Nonorganic pain drawings are associated with low psychological scores on the preoperative SF 36 questionnaire in patients with chronic low back pain. Eur Spine J, 10:211-4.
Daltroy, L. H., Cats-Baril, W. L., Katz, J. N., Fossel, A. H., Liang, M. H. (1996). The North American Spine Society Lumbar Spine Outcome Assessment Instrument: reliability and validity tests. Spine, 21:741-9.
Damico, J. S. (1985). Clinical discourse analysis: A functional approach to language assessment. In C.S. Simon (Ed.), Communication skills and classroom success (pp. 165–203). London: Taylor & Francis.
Deyo, R. A, Diehl, A. K., Rosenthal, M. (1986). How many days of bed rest for acute low back pain? A randomized clinical trial. N Engl J Med. 315:1064-70.
Dionne, C. E., Von Korff, M., Koepsell, T. D., Deyo, R. A., Barlow, W. E., Checkoway, H. (1999). A comparison of pain, functional limitations, and work status indices as outcome measures in back pain research. Spine 24:2339–2345
Douglas, J. M. (2010). Relation of executive functioning to pragmatic outcome following severe traumatic brain injury. Journal of Speech, Language, and Hearing Research, 53(2), 365–382.
Douglas, J. M. (2010). Using the La Trobe Communication Questionnaire to Measure Perceived Social Communication Ability in Adolescents With Traumatic Brain Injury, Brain ImpaRMNent, 11, 2, 171–182.
Epstein, N. E., Hood, D. C., Bender, J. F. (1997). A comparison of surgeons' assessment to patient's self-analysis (short from 36) after far lateral lumbar disc surgery. An outcome study. Spine, 22:2422-8.
Eyre, D. R. &, Muir, H. (1976). Types I and II collagens in intervertebral disc. Interchanching radical distributions in annulus fibrosus. Biochem J, 157, 267-270.
Fairbank, J. C., Pynsent, P. B. (2000). The Oswestry Disability Index. Spine, 25:2940-2952.
Fanuele, J. C., Birkmeyer, N. J. O., Abdu, W. A., Tosteson, T. D., Weinstein, J. N. (2000). The Impact of Spinal Problems on the Health Status of Patients: Have We Underestimated the Effect? Spine 25: 1509-14.
Flanagan, J. C. (1978). A research approach to improving our quality of life. American Psychology, 33:138–47.
Frisch, M. B. (1998). Quality of life therapy and assessment in health care. Clinical Psychology—Science and Practice, 5:19–40.
Fugl-Meyer, A. R., Melin, R., Fugl-Meyer, K. S. (2002). Life satisfaction in 18- to 64-year-old Swedes: In relation to gender, age, partner and immigrant status. Journal of Rehabilitation Medicine, 34:239–246.
Garratt, A. M., Klaber, M. J., Farrin, A. J. (2001). Responsiveness of generic and specific measures of health outcome in low back pain. Spine 26:71–77
Gauthier, J., Bouchard, S. (1993). Adaptation canadienne-française de la forme révisée du "State–Trait Anxiety Inventory" de Spielberger, revue Canadienne des Sciences du Comportement 25(4):559–578
Goldberg DP, et al (1978). Manual of the General Health Questionnaire. Windsor, England: NFER Publishing.
Goodman, R. (1999). The extended version of the Strengths and Difficulties Questionnaire as a guide to child psychiatric caseness and consequent burden. Journal of Child Psychology and Psychiatry. 40:791–799.
Grice, P. (1975). Logic in conversation. In P. Cole and P. Morgan (Eds.), Studies in syntax and semantics (Vol. 3, pp. 41–58). New York: Academic Press.
Harada, N., Tamai, Y., Ishikawa, T., Sauer, B., Takaku, K., Oshima, M., & Taketo, M. M. (1999). Intestinal polyposis in mice with a dominant stable mutation of the beta-catenin gene. The EMBO Journal, 18(21), 5931–5942.
Hermantin, F. U., Peters, T., Quartararo, L. (1999). A prospective, randomized study comparing the results of open discectomy with those of video-assisted arthroscopic microdiscectomy. J Bone Joint Surg Am, 81:958-65.

Hides, J. A., Stokes, M. J., Saide, M., Jull, G. A., Cooper, D. H. (1994). Evidence of lumbar multifidus wasting ipsilateral to symptoms in patients with acute/subacute low back pain. Spine; 19: 165-172.
Hodges, P. W., Richardson C. A., (1997). Contraction of the abdominal muscles associated with movement of the lower limb. Phys Ther; 77:132-143.
Hodges, P., Richardson, A. (1996). Inefficient muscular stabilization of the lumbar spine associated with low back pain. A motor control evaluation of transversus abdominis. Spine; 21: 2640-2650.
Huskisson, E. C., (1974). Measurement of pain, Lancet 2, 1127-31.
Juul, O., Sigmundsson, F. G., Ovesen, O., Andersen, M. O., Ernst, C., Thomsen, K. (2006). No difference in health related quality of life în hip osteoarthritis compared to degenerative lumbar instability at pre- and 1-year postoperatively. Acta orthopaedica, 77, 5, 748-754.
Karlsson, J., Sjostrom, L., Sullivan, M. (1995). Swedish Obese Subjects (SOS)—an intervention study of obesity. Measuring psychosocial factors and health by means of short-form questionnaires. Results from a method study. Journal of Clinical Epidemiology, 48:817–823.
Kim, T. S., Pae, C. U., Hong, C. K., Kim, J. J., Lee, C. U., Lee, S. J., Paik, I. H., Lee, C. (2006). Interrelationships among Pain, Disability, and Psychological Factors in Young Korean Conscripts with Lumbar Disc Herniation, Military Medicine, 171, 11; 1113-1116.
Levy, H. I., Hanscom, B., Boden, S. D. (2002). Three-question depression screener used for lumbar disc herniations and spinal stenosis. Spine 2002; 27:1232–7.
Maroon, J. C., Kopituk, T. A., Schulhof, L. A., Abla, A., Wilberger, J. E. (1990). Diagnosis and microsurgical approach to far-lateral disc herniation in the lumbar spine. J Neurosurg, 72:378-82.
Mathias, S., Nayak, U. S., & Isaacs, B. (1986). Balance in elderly patients: the "get-up and go" test. Archives of Physical Medicine and Rehabilitation, 67(6), 387–389.
McNair, D., Lorr, M., Droppleman, L. (1992). POMS Manual. North Tonawanda, New York, MHS.
Miranda H., Viikari-Juntura E., Martikainen R., Takala E. P., Ruhimaki H. (2002). Individual factors, occupational loading, and physical exercise as predictors of sciatic pain. Spine ; 27: 1102-1109.
pain: a comparison of different instruments. Pain 65:71–76
Passik, S. D., Lundberg, J. C., Rosenfeld, B., Kirsh, K. L., Donaghy, K., Theobald, D., Lundberg, E., Dugan, W. (2000). A factor analysis of the Zung Self-Rating Depression Scale in a large ambulatory oncology sample. Psychosomatics 41(2): 121-127.
Patrick, D. L., & Erickson, P. (1993). Health status and health policy. New York, NY: Oxford University Press.
Paulus, M. P., Hozack, N. E., Zauscher, B. E., Frank, L., Brown, G. G., McDowell, J., & Braff, D. L. (2002). Parietal dysfunction is associated with increased outcome-related decision-making in schizophrenia patients. Biological Psychiatry, 51(12), 995–1004.
Peng, C. W. B., Yeo, W., Tan, S. B. (2009). Percutaneous endoscopic lumbar discectomy: clinical and quality of life outcomes with a minimum 2 year follow-up. Journal of Orthopaedic Surgery and Research, 4:20
Perry, J., Garren, M., Grtmley, J. K., Mulroy, S. J. (1995). Classification of walking handicap in the stroke population. Stroke. 26:982-989.
Rossier, O., Dao, J., & Cianciotto, N. P. (2009). A type II secreted RNase of Legionella pneumophila facilitates optimal intracellular infection of Hartmannella vermiformis. Microbiology (Reading, England), 155(Pt 3), 882–890.
Saban, M. R., Simpson, C., Davis, C., Wallis, G., Knowlton, N., Frank, M. B., Saban, R. (2007). Discriminators of mouse bladder response to intravesical Bacillus Calmette-Guerin (BCG). BMC Immunology, 8(1), 6.
Sangha, O., Wildner, M., Peters, A. (2000). Auswertung des North-American-Spine-Society-Instrumens zur Erfassung des Gesundheitsstatus bei Patienten mit chronischen Ru¨ckenbeschwerden. Z Orthop 138: 447–451
Saraf, P. Rafferty, M. R., Moore, J. L., Kahn, J. H., Hendron, K., Leech, K., Hornby, T.G. Daily Stepping in Individuals With Motor Incomplete Spinal Cord Injury" - revista "Physical Therapy", 2010, Vol 90, No 2, pp. 225 – 228.
Schmid, A. Duncan, P. W., Studenski, S., et al. (2007). Improvements in speed-based gait classifications are meaningful. Stroke. 58: 2096-2100.
Schneider, C., Krayenbühl, N., Landolt, H. (2007). Department of Neurosurgery, Kantonsspital Aarau, Aarau, Switzerland Received. Conservative treatment of lumbar disc disease: patient's quality of life compared to an unexposed cohort. Acta Neurochirurgica 149: 783–791
Sherbourne, C. D., Stewart, A. L. (1991). The MOS Social Support Survey. Social Science & Medicine, 32:705-714.
Shields, R. K., Enloe, L. J., Leo, K. C. (1999). Health related quality of life in patients with total hip or knee replacement. Arch Phys Med Rehabil, 80:572–9.
Solberg, S., E. Næsset, L. Aurdal, H. Lange, O. M. Bollandsås, şi R. Solberg, (2005). Remote sensing of foliar mass and chlorophyll as indicators of forest health: Preliminary results from a project in Norway, Proceedings of ForestSat 2005 (H. Olsson, editor), 31 May–03 June, Borås, Sweden (Report 8a of the National Board of Forestry, Sweden), pp. 105–109.

Stewart, A. L., Greenfield, S., Hays, R. D., Wells, K., Rogers, W. H., Berry, S. D. (1989). Functional status and well-being of patients with chronic conditions: results from the Medical Outcomes Study. JAMA; 262:907–13.

Strömqvist, B., Jonsson, B., Fritzell, P., et al. (2001). The Swedish national register for lumbar spine surgery. Acta Orthop Scand. 72:99–106

Theiss, S. M., Boden, S. D., Hair, G., Titus, L., Morone, M. A., Ugbo, J. (2000). The effect of nicotine on gene expression during spine fusion. Spine. 25: 2588-94.

Tudor-Locke, C., & Bassett D. R. Jr. (2004). Mow many steps/day are enough? Preliminary pedometer indices for public health. Sports med. , 34, 1-8.

Ware, J. E. Jr., Sherbourne, C. D. (1992). The MOS 36-item short-form health survey (SF-36) I. Conceptual framework and item selection. Med Care, 30: 473-83.

Ware, L. B., Wang, Y., Fang, X., Warnock, M., Sakuma, T., Hall, T. S., & Matthay, M. (2002). Assessment of lungs rejected for transplantation and implications for donor selection. Lancet, 360(9333), 619–620.

Weber, H. (1983). Lumbar disc herniation. A controlled prospective study with ten years of observation. Spine, 8:131-140.

Weiser, S., Cedraschi, C. (1992). Psychosocial issues in the prevention of chronic low back pain. Baillieres Clin Rheumatol 6:657–684

Willer, B., Rosenthal, M., Kreutzer, J.S., Gordon, W.A., Rempel, R. (1993). Assessment of community integration following rehabilitation for traumatic brain injury. Journal of Head Trauma Rehabilitation, 8:75–87.

Zung, W. W. K., (1965). A self-rating depression scale. Arch Gen Psychiatry 12: 63-70.

REABILITAREA FIZICĂ ŞI VOCAŢIONALĂ ÎN HERNIA DE DISC LOMBARĂ

Aurel Mohan & Dumitru Mohan

1. Introducere

Durerile lombare reprezintă cauza cea mai frecventă a limitării activităţii persoanelor mai tinere de 45 de ani. În S.U.A, este al doilea motiv ca frecvenţă al vizitelor medicale, a cincea cauză dintr-o ierarhie a internării în spitale şi a treia cea mai frecventă cauză a procedurilor chirurgicale. 97% dintre durerile lombare se datorează factorilor mecanici, 1% factorilor non-mecanici şi 2% se datorează bolilor viscerale (Anderson, 1999).

Hernia de disc lombară (HDL) este cunoscută şi sub numele de *ruptură a discului intervertebral* fiind o afecţiune prin care o parte din discul intervertebral apasă elementele anatomice din canalul spinal (rădăcinile nervoase şi măduva spinării). Acest lucru se întâmplă atunci când inelul fibros care susţine discul se rupe, permiţând nucleului central să alunece în afară. Rezultatul este hernierea nucleului pulpos în canalul spinal. HDL apare de obicei la nivelul vertebrelor L4-L5 sau L5-S1 (Plastanga, Field & Soames, 1998).

Se descriu trei stadii de hernie de disc lombară:

- *stadiul 1* - cu iritarea rădăcinii (durere pe traiect radicular);
- *stadiul 2* – compresia rădăcinii (durere şi parestezii pe traiect radicular cu modificări ale reflexelor osteotendinoase);
- *stadiul 3* - paralizia rădăcinii (dureri, parestezii, pareza/paralizie pe membrul inferior) (Sindou, 2001).

Tratamentul durerilor lombare presupune folosirea pe termen lung a medicamentelor şi a fizioterapiei. În cazul în care simptomele persistă după 4-6 săptămâni, este recomandat tratamentul chirurgical, în urma rezultatelor obţinute la RMN şi la tomografia computerizată (CT) (Ito, Takano & Yuasa, 2001). Aproape 10% din toţi pacienţii sunt trataţi în acest fel (Deyo & Weinstein, 2001). Procedura standard de discectomie şi micro-discectomie poate avea rezultate pozitive în ameliorarea durerii, dar este greu de anticipat cât timp rezultatele rămân stabile (de exemplu 10 ani) (Weber, 1983).

Tratamentul neurochirurgical constituie soluţia finală atunci când tratamentul curativ nu mai poate da rezultate şi se asociază cu eliminarea riscurilor şi reducerea simptomatologiei, dizabilităţii şi durerii (Coskun et al., 2000). Ratele de succes ale intervenţiei chirurgicale pot varia între 60-97% (Danielsen et al., 2000; Howe, 1985). După operaţia chirurgicală, prevalenţa durerii de spate sau de picior este raportată ca fiind între 40 şi 60% (Dvorak et al., 1988; Dolan et al., 2000). Există cazuri în care rămân simptome reziduale, tulburări ale activităţii, relaţiilor sociale şi semne de afectare (Dvorak et al.,1988).

2. Consecinţe funcţionale şi psihosociale ale HDL

2.1. Dizabilitatea

Modelul bio-psiho-social aplicat în HDL şi în analiza stării pacienţilor cu dureri cronice sugerează că factorii fiziologici, psihici şi sociali interacţionează pe termen lung (Dworkin et al., 1992).

Scala de măsurare a dizabilităţii Qswestry Dizability Index oferă o foarte bună evaluare clinică a severităţii în durerile lombare, a trecerii de la acut la cronic (Waddell, 1987), dar şi a întoarcerii la muncă (Pincus et al., 2002).

Caracteristicile durerii (în special, intensitatea durerii) au o mare influenţă asupra dizabilităţii funcţionale. Studiile au arătat că intensitatea durerii explică proporţiile mari ale varianţei dizabilităţii (Mannion et al., 2001).

2.2. Insatisfacţia de viaţă

HDL are efecte negative semnificative asupra stării de bine, a satisfacţiei de viaţă, a calităţii vieţii în general. Studiile arată că severitatea şi simptomele unei boli somatice şi nevoia de a folosi medicamente corelează cu satisfacţia redusă a vieţii (Akerlind şi Hornquist, 1992). Satisfacţia vieţii este tot mai scăzută când există riscuri semnificative pentru sănătate, când pacienţii nu beneficiază de suport social şi când au un comportament nesănătos (Kunzmann, Little şi Smith, 2000). Se estimează că în rândul populaţiei generale, satisfacţia scăzută de viaţă caracterizează 19% dintre bărbaţi şi 18% dintre femei, dintre care 13% reprezintă oamenii sănătoşi şi 25% subiecţii cu probleme de sănătate (Koivumaa-Honkanen, 1998). În populaţia generală, satisfacţia scăzută a vieţii a fost asociată cu probleme psihiatrice şi chiar cu acte de suicid (Koivumaa-Honkanen et al., 2001).

2.3. Probleme psihologice

Mulţi pacienţi cu HDL care suferă de dureri lombare persistente şi dizabilitate sunt predispuşi la tulburări psihologice (Carragee şi Alamin, 2001; Epker & Block, 2001):

- intensitatea durerii este potenţată de factorii psihologici: dezadaptările sau problemele clinice la nivelul personalităţii, depresia, anxietatea, percepţia stresului şi strategiile de apărare dezadaptative (precum evitarea) (Grucza et al., 2003).

- rata depresiei la pacienţii cu HDL variază de la 9 la 40.8% (Kim et al., 2006). Pacienţii cu HDL şi depresie tind să se centreze pe evenimentele negative, percep durerea în hiper şi raportează slăbirea funcţională cronică (Epker & Block, 2001). Există câteva posibilităţi explicative ale diferenţelor dintre studiile referitoare la relaţiile depresiei cu dizabilitatea. În primul rând, există diferenţe în definirea depresiei în termeni de "depresie clinică", sau de "suferinţă". Diferenţa între suferinţa psihologică, simptomele depresive şi dispoziţia depresivă poate fi dificil de determinat datorită proprietăţilor instrumentelor de măsurare. Pentru a evalua depresia, cercetătorii folosesc instrumente diferite: chestionarul BDI sau

Zung Depression Scale (Main et al., 1992). Când pacienții au durere tind să coteze cu scoruri ridicate itemii referitori la nivel somatic (Kim et al., 2006; Wall & Melzack, 1999).

- anxietatea: în studiul lui Kim et al. (2006), starea de anxietate şi mai puțin depresia, a prezis dizabilitatea funcțională a recruților cu HDL. Intensitatea durerii şi starea de anxietate au contribuit cu 31.8% la varianța dizabilității funcționale (Kim et al., 2006).

Depresia şi anxietatea sunt *predictori* semnificativi ai dizabilității funcționale pentru pacienții cu dureri lombare (Mannion et al., 2001) şi factori cu risc major care afectează refacerea după intervențiile chirurgicale spinale (Arpino et al., 2004).

2.4. Limitarea rolului profesional

Solicitarea fizică repetată poate duce la accelerarea degenerării şi la oboseala coloanei vertebrale. Factorii de risc pentru apariția HDL sunt ridicarea de greutăți în mod repetat, poziția neobişnuită a corpului (şedere, îndoire, răsucire), oscilația/ vibrația întregului corp. Mişcările bruşte şi suprasolicitarea pot duce la forțarea ligamentelor, fracturi, hernie de disc, sau sindromul compresiei nervului. Istoricul profesional şi identificarea factorilor de risc la locul de muncă sunt esențiale pentru o evaluare medicală corectă. Deşi durerile de spate pot fi tratate ambulator, medicul trebuie să fie conştient de situațiile de urgentă („steaguri roşii") care cer consultație specială şi intervenție chirurgicală urgentă.

S-au identificat mulți factori cu o puternică influență asupra succesului rezultatelor demersurilor de revenire în muncă:

- cererile pieței,
- motivația angajatorului/ angajatului,
- managementul avantajelor/ cazurilor de dizabilitate,
- contractul, acordul managerial,
- probleme de management al asigurării,
- managementul compensației medico-legale a muncitorului,
- istoricul anterior al problemelor spatelui,
- pierderea serviciului în ultimele 12 luni (legată de probleme ale spatelui),
- durere radiantă în picior, implicarea rădăcinii nervului,
- reducerea forței musculare şi a rezistenței organismului,
- puține exerciții fizice,
- fumatul excesiv,
- complicații psihologice,
- controlul şi mulțumirea de sine (Gillette, 1996).

Poulakka et al. (2008) au studiat relația dintre factorii de risc şi numărul de zile de muncă pierdute în decurs de 5 ani la un eşantion de pacienți operați de hernie de disc. În Spitalul Central din Jyväskylä, în 1999, 210 pacienți (□1/1000 locuitori din zonă) au beneficiat de operația de hernie de disc. 37 de pacienți nu au fost incluşi din următoarele motive: 21 nu au primit notificare despre acest studiu când au fost externați din spital; 8 au avut lungi suferințe manifestate prin durere de

spate şi au fost propuşi pentru o re-examinare; 4 nu au participat la re-evaluări; 2 au fost diagnosticaţi cu spondiloză; 1 persoană gravidă; 1 persoană a avut boala Parkinson. 21 nu erau angajaţi şi au fost excluşi din analizele ulterioare.

Diagnosticul herniei de disc s-a bazat pe: simptomele preoperatorii, examinarea clinică şi pe datele imagistice (RMN, CT). Unii dintre pacienţi au urmat şi alte tratamente: analgezice, fizioterapie, masaj, acupunctură, anestezii locale, exerciţiile întărire a musculaturii, etc. Indicaţiile pentru intervenţie au inclus dureri extensive/insuportabile la extremitatea inferioară, slăbirea muşchiului, rezultatul la testul de ridicare a piciorului la 60 de grade (cei care nu îl pot ridica sunt suspecţi cu mare probabilitate de HDL) (Yilmaz et al., 2003). Pacienţii au arătat semne neurologice (ex. reflexul lui Ahile, sindromul cauda equina, diminuare a sensibilităţii locale).

Pacienţii au fost operaţi prin modalitatea clasică invazivă minimală descrisă de Wood şi Hanley (1991). Prezenţa herniei de disc a fost confirmată, fragmentul de hernie a fost extras şi îndepărtat. Fuziunile nu au fost efectuate. Înainte de operaţie pacienţii au completat un chestionar ce includea întrebări despre durata durerii spatelui, a piciorului, despre intensitatea acesteia (scala analogică VAS, 0-100mm) (Dixon, Bird, 1981), statut profesional, dacă sunt angajaţi în munca fizică (cu solicitare mică sau mai mare).

Nivelul dizabilităţii în săptămâna anterioară intervenţiei a fost stabilit cu scala Oswestry pentru durerea de spate (scala 0-100 mm) (Fairbank, Pynsent, 1980). Dispoziţia depresivă s-a testat cu forma scurtă a chestionarului Beck (Keltikangas-Järvinen, Rimon, 1987). La 152 de pacienţi angajaţi le-a fost prescris concediu medical timp de 2 luni de la operaţie. În acest timp, intensitatea durerii spatelui şi a piciorului au fost înregistrate. La controlul medical la 2 luni s-a aplicat protocolul clasic de evaluare şi recuperare. Concediul a fost prescris la cei care au dovedit incapacitate de muncă, iar dacă incapacitatea a persistat şi după un an s-a pus problema pensionării pe caz de boală în funcţie de decizia medicului examinator şi a comisiei de specialitate. După operaţie, pacienţii au fost instruiţi să nu stea mult jos, să nu conducă maşina timp de 4 săptămâni, iar încă 2 săptămâni, aceştia nu au avut voie să care, ridice şi să îşi îndoaie spatele. De asemenea, au fost instruiţi să efectueze şi exerciţii uşoare de mobilitate, în timpul celor 2 luni de concediu.

După 5 ani de la operaţie pacienţii au completat un chestionar online în care au notat dacă au avut un alt concediu de boală după primele 2 luni, precum şi cauzele acestuia, dacă au fost pensionaţi pe caz de boală şi motivele pensionării (probleme ale spatelui, altă boală, la termen, pensionare în conformitate cu vârsta). Pentru fiecare pacient s-a stabilit numărul zilelor de concediu comparativ cu al celor lucrate în perioada de 5 ani.

Rezultatele arată că femeile (n=66) au avut scoruri mai înalte la durerea preoperatorie, iar bărbaţii (n=86) au avut un loc de muncă mai solicitat fizic. În 145 de cazuri hernia de disc a fost laterală (partea dreaptă la 60 de pacienţi, stânga la 85) la 7 cazuri a fost medială. Nivelul operaţiei a fost L5-S1 la 65 de pacienţi, L4-5 la 71, L3-4 la 6, L2-3 la 3 şi L1-2 la 3 pacienţi. Patru persoane au fost operate la două niveluri.

După 2 luni de la operaţie, mediana la indexul „Oswetry" al dizabilităţii a fost 14 (rang interquartil: IQRG 6-26), în timp ce valoarea medie a fost 17. Nici o diferenţă în funcţie de gen nu a fost găsită. Comparând cu situaţia preoperatorie, scorul durerii (VAS) a fost mai redus: valoarea mediană a durerii spatelui a fost 13 (IQR 3-29), iar a piciorului a fost 10 (IQR 3-23). La toţi cei 152 de pacienţi le-a fost prescris concediu medical pentru primele 2 luni, o decizie obişnuită pentru Finlanda în acel moment. Pensionarea pe caz de boală a fost acordată la 15 pacienţi (10%): 5 dintre aceştia erau bărbaţi (6% dintre bărbaţi), iar 10 erau femei (15% dintre femei). Când zilele de concediu medical au fost analizate, a rezultat o mediană a zilelor cu incapacitate de muncă de 11 pe an (IQR 9-37), media fiind de 61 de zile nelucrate din motive de dizabilitate. Femeile au avut mai multe zile nelucrătoare decât bărbaţii, mediana 17 zile (IQR 9-72) şi respectiv 9 zile (IQR 9-27) pe an. Mediile zilelor nelucrate la femei au fost 77 şi la bărbaţi 49 de zile.

După 2 luni de la operaţie, 108 (71%) dintre pacienţi au avut doar dizabilitate minimă (ODI 0-20, mediana 9,9 (IQR 9-22), în timp ce 44 de pacienţi (29%) au avut un nivel moderat sau grav al dizabilităţii (ODI >20, mediana 67, IQR 9-352). Analizele au arătat scorul mare la dizabilitate, intensitatea crescută a durerii piciorului şi motivaţia redusă de a lucra (la 2 luni postoperator) reprezintă factori de risc pentru extinderea perioadei de incapacitate temporară de muncă. Genul nu a constituit un factor independent în raport cu aceste variabile. Capacitatea funcţională scăzută (ODI >20).

Aşadar, dizabilitatea funcţională este un predictor permanent pentru incapacitatea de muncă. Cazurile cu dureri mari la picior atrag atenţia asupra unor riscuri sociale: perspective socio-economice precare, creşterea numărului de zile de muncă pierdute şi costuri mari pentru societate. Scala Oswestry este un bun predictor al durerii permanente sau prelungite după operaţia de hernie de disc, un instrument care prezice riscul de scădere a timpului petrecut în muncă.

Gradul dizabilităţii şi durerii postoperatorii sunt factorii cei mai puternici ai întârzierii revenirii în muncă. La aceştia se adaugă motivaţia redusă. Motivaţia este un factor crucial al funcţionării şi corelează negativ cu dizabilitatea. Ea depinde de satisfacţia muncii, de acuzele sau plângerile pacienţilor. Depresia nu apare ca un factor independent de risc, ci se asociază cu alţi factori. Explicaţia probabilă este aceea că pacienţii depresivi raportează un grad mai mare de durere şi de dizabilitate.

Vârsta înaintată a fost un factor de risc pentru pensionările pe caz de boală. Capacitatea de muncă scade cu vârsta la mulţi oameni, iar longevitatea se asociază de multe ori cu probleme de sănătate. Pacienţii mai în vârstă acceptă mai greu eforturile de reabilitare şi de schimbare a locului de muncă. Acest comportament este mai des întâlnit la cei cu nivel educaţional mai redus. În plus, angajatorii pot fi reticenţi în a-i angaja. În mod consecvent, persoanele în vârstă sfârşesc prin a se pensiona. În studiul prezent 10% dintre pacienţi s-au pensionat datorită durerii de spate în perioada de 5 ani de la operaţie (Poulakka et al., 2008).

3. Costurile reabilitării

Pentru tratament şi reabilitarea în HDL se aplică programe standard şi programe complexe. În tabelul 1 putem vedea diferenţa de preţuri dintre programul complet (ce include şi serviciile de preabilitare şi reabilitare) şi programul standard (ce include doar partea de îngrijire standard postoperatorie). Partea financiară reprezintă un impediment în procesul de vindecare al individului datorită preţurilor mari în comparaţie cu salariile minime pe economie. Comunicarea preţului este un aspect important al procesului de reabilitare. Este important să se comunice pacientului preţul corelat cu descrierea obiectivelor. Astfel, se evită interpretările subiective şi riscurile în aprecierea programului sau în relaţiile de colaborare dintre pacient şi echipa de reabilitare (Nielsen et al., 2008).

Tabel 1. Costuri directe pentru tratament şi reabilitare (în prima coloană calculate pe şedinţă, coloana 2 şi 4 calcule în raport cu un număr de pacienţi, coloanele 3 şi 5 costuri per pacient) (Nielsen et al., 2008).

Tip de program	Programul complet		Programul standard	
Tip de servicii	În total	Pe pacient	În total	Pe pacient
Iniţiere preoperatorie Fizioterapeut: 1 h/ 27€ Medic specialist: 0.16 h/ 34€ = 27€ Asistenţă medicală: 0.25 h/ 28€	783	28	224	8
Antrenament Fizioterapeut: ½ h/ 27€/ 2 şedinţe	756	27	0	0
Intervenţie pentru fumători Asistenţă: 2.8 h/ 28€ Echipamente / medicaţie: 65€	430	15	0	0
Tratament pentru ameliorarea durerilor Fizioterapeut: 0.25 h/ 34€	238	9	0	0
Costuri preoperatorii		79		8
Antrenament postoperator la spital Fizioterapeut: 1 h/ 5 şedinţe/ 27€ per şedinţă Fizioterapeut: ½ h/ 7 şedinţe/ 27€ per şedinţă	3880	135	3024	95
Tratamentul durerilor Asistenţă experimentată: 0.16 h/ 3 şedinţe/ 30€ per şedinţă Specialist: 0.16 h/ 3 şedinţe/ 61€	1223	44	928	29
Spitalizare Pat-preţ: 164€ /zi x 5-7 zile	22960	820	36736	1148
A doua operaţie Oprirea hemoragiei: 8247€	0	0	8247	258
Costuri postoperatorii pe pacient		999		1530

Îngrijirea primară postoperatorie Contact: 43-61 contacte x 14€ per contact	623	22	854	27
Contacte de urgenţă Contact: 3-10 contacte x 24€ per contact	72	2	240	8
Fizioterapie I) Fizioterapeut personal: 20-67 h/ 45€ per şedinţă	900	32	3015	94
Tratament medical Tratament medical: 1120€ Tratament medical: 32€	1120	40	32	1
Costuri primare postoperatorii pe pacient		96		130
Balanţa costurilor directe per pacient		1174		1668

Programele de antrenament efectuate acasă sunt mai economice ca timp şi bani decât antrenamentele supravegheate. Însă, într-un antrenament supravegheat, fizioterapeutul poate explica mai bine, poate ghida pacienţii în efectuarea exerciţiilor şi îi poate încuraja (Kjellby-Wendt et al., 2001).

4. Reabilitarea funcţională

Rata de recuperare integrală se situează între 60-90%. Există un procent de 10-40% dintre pacienţii cu HDL, care postoperator se plâng de dureri lombare, disfuncţii motorii sau performanţă redusă a activităţilor de zi cu zi (Manniche et al., 1994).

Anumite studii în care recuperarea a fost începută la 4 sau 6 săptămâni de la operaţie au arătat diminuări ale dizabilităţii şi durerii. Rezultate semnificative apar când recuperarea este timpurie (Kjellby-Wendt et al., 2001).

În cazul pacienţilor care au început un program intens de exerciţii la 5 săptămâni după operaţie, fără să ia în considerare durerea de spate sau teama de activitate, îmbunătăţirile au apărut cu 26 de săptămâni înaintea celor din grupul de control, care au urmat un program moderat de exerciţii pentru mobilitate (Manniche et al., 1993). Dacă programul începe imediat după operaţie, este necesar ca terapeuţii să ajusteze numărul de exerciţii ţinând cont de experienţa pacienţilor cu durerea (Kjellby-Wendt et al., 2001).

În programele timpurii se informează pacienţii asupra exerciţiilor, nivelului de activitate şi controlului durerii, astfel încât ei să înţeleagă scopurile reabilitării şi să îşi asume responsabilitatea pentru el. Dacă recuperarea activă este introdusă la scurt timp după operaţie şi pacientul este încurajat să îşi asume un rol activ în cadrul ei, riscul apariţiei durerii poate fi mai mic (Kjellby-Wendt et al., 2001).

Se constată descreşteri ale durerii şi incapacităţii după reabilitarea post-operatorie activă, începută la 4 sau 6 săptămâni după operaţie (Danielsen et al., 2000, Dolan et al., 2000). Datele imagistice arată că 66% din cazurile cu hernie de

disc se pot recupera total sau parțial cu timpul (Delauche et al., 1992). În studiul lui Danielsen et al. (2000), grupul de antrenament a luat parte la un program de 3 ori pe săptămână, timp de 8 săptămâni.

Exercițiile de stabilizare. Stabilitatea componentelor coloanei vertebrale este o condiție necesară pentru funcționarea ei normală (Kong et al., 1996). Activitatea efectivă a mușchilor din jurul vertebrelor poate ajuta la creșterea stabilității coloanei vertebrale, prin controlul mișcării vertebrelor adiacente (Wilke et al., 1995). Mușchii spatelui nu pot furniza în mod eficient stabilitate lombară în timpul diferitelor mișcări ale pacienților cu dureri lombare (Hodge și Richardson, 1996). Stabilitatea vertebrelor lombare se bazează nu numai pe forma lor structurală, ci și pe performanțele adecvate ale sistemului neuromuscular din apropiere (Panjabi, 1992). Exercițiile de stabilizare lombară îmbunătățesc stabilitatea segmentului lombar vătămat. Astfel, se ameliorează capacitatea pacientului de a îndeplini diverse sarcini.

Îmbunătățirea capacității funcționale a mușchilor postvertebrali este urmată de o creștere a stabilității lombare (Cholewicke și Mcgill, 1996). Un program de exerciții fizice timp de 4 săptămâni poate crește dimensiunea grupei de mușchi multifidus (Hide, 2001). Rissanen, Kalimo și Alaranta (1995) au arătat că mușchiul extensor lombar nu numai că previne atrofierea fibrelor mușchilor de tip II, dar poate să crească mărimea acestor fibre cu 11% și să crească puterea acestor mușchi cu peste 19-22%. Rapoartele de mai sus subliniază eficacitatea exercițiilor terapeutice în tratarea pacienților cu hernie de disc lombară.

Punerea în aplicare a unui protocol cu exerciții de stabilizare lombară poate calma durerea și poate îmbunătăți performanțele în activitățile de zi cu zi la pacienții cu hernie de disc lombară. Mai multe studii au investigat rolul exercițiilor de stabilizare (vezi figura 1) (Gibson, Grant & Waddell, 1999). Tratamentul constă în aplicarea cu exercițiilor de stabilizare pe o durată de 4 săptămâni, fiecare săptămână cu un set de exerciții. Acest tip de tratament are efecte majore în reducerea durerii, însă pentru pacienții cu HDL operabil nu pot conduce la rezultate asupra performanțelor funcționale (Mattila et al., 1998).

Exerciții de coordonare prin mișcări repetate. Programele de antrenament pentru pacienții cu dureri cronice de spate combină exerciții de forță, întinderi și/ sau fitness (Abenhaim et al., 2000). Kjellby-Wendt et al. (2001) propun ca programul de tratament să crească nivelul mișcărilor repetate ale coloanei și piciorului, în locul exercițiilor de întindere.

Programul poate cuprinde următoarele exerciții:

- abdominale;
- extensii ale spatelui;
- de coordonare: înclinarea pelvisului în poziții de clinostatism, ortostatism și ortoclinostatism.

Exercițiile de coordonare încep din a doua lună postoperatorie. Pacienții efectuează aceleași tipuri de exerciții dar greutatea și repetițiile pentru fiecare tip de exercițiu au fost adaptate pentru fiecare pacient.

Rolul exercițiilor în programul de tratament constă în reducerea edemului local, prin activitate musculară concentrică pentru a menține mobilitatea

suprafețelor de alunecare, a menține și a crește amplitudinea mișcărilor trunchiului, a crește forța trunchiului în poziții funcționale și a învăța pacientul o postură corectă de lucru. Toți pacienții sunt încurajați să efectueze activitățile fizice și mersul (Kjellby-Wendt et al., 2001).

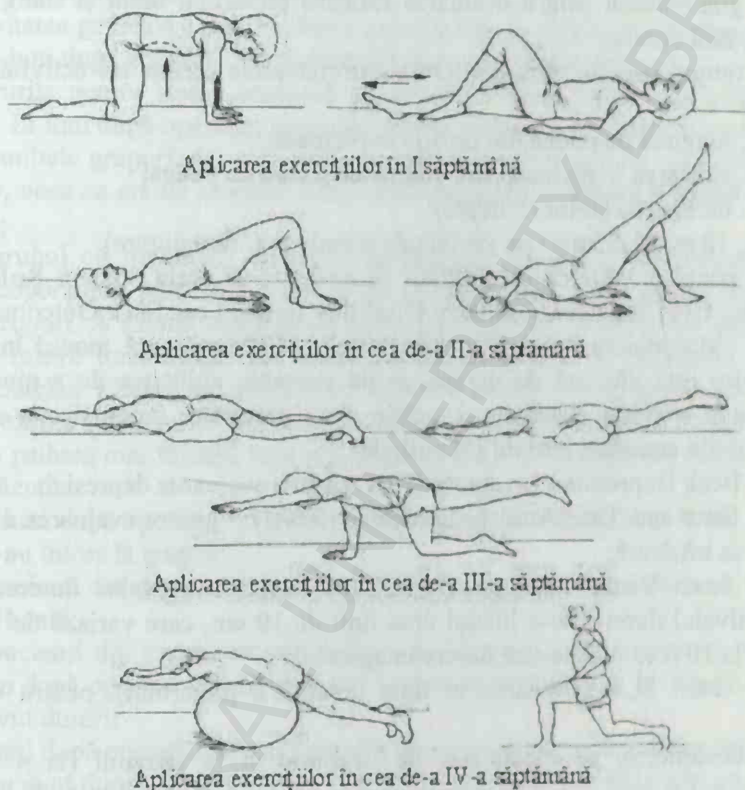


Figura 2. Patru etape ale exercițiilor de stabilizare lombară (Gibson, Grant & Waddell, 1999).

Statul îndelungat în pat nu este recomandat în primele 4-6 săptămâni după debutul simptomelor (Vroomen et al., 1999).

Pacienților le este recomandat să reducă sau să crească corespunzător numărul de exerciții. În cazul celor diagnosticați cu durere cronică, numărul exercițiilor nu ar trebui limitat din cauza creșterii durerii, pentru că aceasta ar putea să consolideze comportamentul asociat durerii (Fordyce et al., 1981).

Modalități de evaluare a rezultatelor. Chestionarele funcționale sunt folosite în estimarea dizabilității, progresiei simptomelor și în prezicerea rezultatelor tratamentelor. Testele psihologice de screening sunt recomandate în evaluarea pacienților preoperator și în perioadele de recuperare.

Evaluarea rezultatelor exercițiilor se face prin metode funcționale și clinice:

- gradul de flexie a trunchiului (fără durere): se stă cu genunchii întinși și se încearcă să se ajungă cu degetele de la mâini, la degetele de a picioare (măsurat de distanța în centimetri dintre vârful degetelor de la mână și vârful degetelor de la picioare, la sfârșitul mișcării);

- goniometria pentru evaluarea ridicării piciorului drept și stâng, în poziție dreaptă, fără durere;

- timpul necesar pentru a termina următoarele cerințe ale activității de zi cu zi:

a. lungirea pe podea din poziția în picioare;

b. ridicarea în picioare, din poziția de lungit pe podea;

c. urcarea treptelor (5 trepte);

d. 10 metri de mers pe jos (cât de repede pot, fără durere).

- pentru evaluarea dizabilității se apelează la scale precum Roland-Morris Disability Questionnaire, Oswestru Disability Index, Low Back Outcome Score.

- „Multidimensional Pain Inventory" (MPI): măsoară modul în care viața pacienților este afectată de durere, ca de exemplu abilitatea de a munci și de a participa în activități cotidiene și sociale, dar și cantitatea de satisfacție obținută din muncă și din activități sociale și familiale),

- Beck Depression Inventory (BDI) pentru evaluarea depresiei;

- State and Trait Anxiety Inventory (STAI) – pentru evaluarea anxietății ca stare și ca trăsătură;

- Scala Visual Analogue Scale (VAS) pentru a evalua durerea: pacienții indică nivelul durerii de-a lungul unei linii de 10 cm, care variază de la 0 (nici o durere) la 10 (cea mai severă durere imaginabilă);

- testul SLR (ridicarea în linie dreaptă a piciorului). pentru examinarea clinică.

Măsurătorile se efectuează la începutul și la sfârșitul (la 4 săptămâni) programului și încă o dată la începutul și la sfârșitul celor 4 săptămâni a perioadei fără exerciții.

Kjellby-Wendt et al. (2001) au studiat aspectele psihologice și efectele recuperării timpurii după operația de HDL. Lotul a fost alcătuit din pacienți cu sciatică, care fuseseră operați în Sahlgrenska University Hospital, Östra, Suedia, între anii 1992-1994. Criteriile de selecție au fost: 1) femei și bărbați cu vârste cuprinse între 16 și 70 de ani; 2) simptome ale disfuncției neuromusculare, provocate de hernia de disc lombară la pacienții care nu au răspuns la tratamentul non-chirurgical aplicat pe o perioada între 4 și 8 săptămâni. Astfel, grupul de control cuprindea 24 de pacienți, iar grupul cu tratament cuprindea 26 de pacienți; în total studiul a fost efectuat pe 50 de persoane.

Metodele de tratament au fost chirurgicale și fizioterapeutice. Programul de tratament a inclus exerciții care să crească gama de mișcări a trunchiului și piciorului, însă la grupul de control nu au fost efectuate astfel de exerciții. În grupul cu tratament, mecanismele de coping au fost active, iar în grupul de control au fost pasive.

Cercetătorii au găsit următoarele rezultate:

- intensitatea durerilor nu a fost semnificativ diferită între cele două grupuri;

- interferenţa durerii s-a redus în timp la ambele grupuri. Totuşi, starea celor din grupul cu tratament s-a îmbunătăţit simţitor din perioada preoperatorie până în primele 3 luni după operaţie şi din perioada preoperatorie până la 12 luni după operaţie, fata de cei din grupul de control;

- activitatea generală s-a îmbunătăţit semnificativ în grupul cu tratament până în primele 3 luni după operaţie. Nu au fost diferenţe mari între grupuri;

- scorurile pentru starea anxioasă au scăzut în timp, în ambele grupuri în următoarele 12 luni după operaţie; scorurile pentru starea de anxietate au evidenţiat reduceri în ambele grupuri, dar cele pentru anxietate ca trăsătură nu s-au modificat semnificativ, ceea ce era de aşteptat, întrucât chestionarul măsoară o formă stabilă de anxietate;

- în grupul cu tratament, scorurile la depresie au scăzut semnificativ din perioada preoperatorie până la 12 luni după operaţie, dar nu au apărut diferenţe mari între grupuri. A existat tendinţa ca scorurile depresiei (BDI) şi ale activităţii generale să releve îmbunătăţiri ale stării psihice în grupul de tratament. Rush, Polatin şi Gatchel (2000) au afirmat că există o relaţie între gradul activităţii psihice şi prezenţa sau absenţa depresiei, la pacienţii cu dureri cronice de spate. Cei cu activitate psihică mai intensă sunt mai puţin predispuşi la depresie decât cei cu activitate scăzută.

- la 3 luni după operaţie, 15 pacienţi din grupul cu tratament şi 9 din grupul de control s-au întors la muncă;

- 10 pacienţi din grupul cu tratament şi 14 din grupul de control erau încă în concediu de boală;

- 11 pacienţi din grupul cu tratament şi 8 din grupul de control nu au avut dureri la 1 an după operaţie. 14 pacienţi din grupul cu tratament şi 11 din grupul de control au avut dureri;

- la 2 ani după operaţie, 10 pacienţi din grupul cu tratament şi 8 din grupul de control nu au avut dureri, în timp ce 15 din grupul cu tratament şi 14 din grupul de control au simţit dureri.

- 22 dintre pacienţii aflaţi în grupul cu tratament şi 15 din grupul de control s-au declarat satisfăcuţi de rezultate la 2 ani după operaţie, dar 3 persoane din grupul cu tratament şi 7 din grupul de control nu au fost mulţumite.

Programul de tratament pare să optimizeze modul în care pacienţii fac faţă durerii, din moment ce scorurile la test au evidenţiat îmbunătăţiri.

5. Reabilitarea vocaţională

Pe lângă eliberarea de durere, un alt scop important al operaţiei este să contribuie la o reîntoarcere rapidă a pacientului la starea de funcţionare de înaintea episodului de durere/sciatică. 60-85% dintre pacienţi revin în muncă în intervalul 1-3 ani, ceea ce relevă scăderea productivităţii în muncă (Nygaard et al., 2000). De-a lungul perioadei 7-10 ani 77-93% dintre pacienţi îşi recâştigă posibilitatea de angajare (Graver et al., 1999). Cam 50% dintre persoanele cu dureri în zona de jos a spatelui se întorc la lucru la o lună de la apariţia leziunii (Dasinger et al., 2001).

Revenirea la locul de muncă sau nerevenirea în urma unei accidentări sau îmbolnăviri sunt procese influenţate de factori sociali, psihologici şi economici (Krause et al., 2001). Literatura arată că particularităţile mediului de lucru, a serviciului medical, cât şi al asigurărilor de sănătate au o influenţă semnificativă asupra rezultatelor revenirii la locul de muncă, indiferent de condiţia medicală sau de alţi factori de risc. Angajatul rămâne ultimul agent al schimbării în procesul întoarcerii la lucru, în care acesta ia decizia finală de a merge sau nu la o altă zi de muncă (Franche, Krause, 2002).

Un atribut comun al succesului reîntoarcerii la serviciu ar putea fi *îmbunătăţirea comunicării*. Comunicarea eficientă este în legătură directă cu complianţa la tratament şi cu rezultatele bune (Lazare et al., 1995; Say, Thompson, 2003).

În contextul dificultăţii şi dizabilităţii în procesul de revenire la locul de muncă sau în activitatea de muncă, comunicarea poate fi analizată la mai multe niveluri:

- individual/interpersonal,
- de grup,
- organizaţional,
- mass-media,
- în termeni tehnologici,

Aceste niveluri pot fi studiate în raport cu forma şi scopul schimburilor reciproce.

În contextul reintegrării în muncă a pacienţilor cu HDL, analiza procesului comunicării are mai multe caracteristici:

- caracter sistemic: teoria sistemelor sugerează că procesul comunicării şi tranzacţiile asociate pot fi analizate atât la un nivel macro (organizarea serviciilor sănătăţii, sistemele de compensare a lucrătorilor, intervenţiile comunităţii), cât şi la un nivel micro - individual (Buchbinder et al., 2001).
- caracter simultan: analiza simultană a ambelor perspective poate fi necesară pentru a dobândi o înţelegere completă a factorilor ce duc la un schimb reciproc favorabil (Vancouver, 1996).
- centrate pe conţinut: analizele se concentrează pe conţinut, pe sincronizare, pe elemente verbale sau non-verbale, pe calitatea şi conţinutul informaţiei, dar şi pe alte perspective.
- orientare la nivel interpersonal (în primul rând): analiza este în primul rând direcţionată pe nivelul interpersonal, pe relaţiile sau interacţiunile abordate din perspectiva pacientului/angajatului într-un context social vast. Este util să considerăm în procesul comunicării relaţiile dintre părţile implicate, tranzacţiile întreprinse şi transferul de informaţie (Hawkins, Penley, 1985).
- caracter situaţional: modele sau tipurile de schimb specific-situaţionale sunt identificate pe măsură ce reflectă caracteristici proprii pentru fiecare model de prevenţie a dizabilităţii (Orlikowski, Yates, 1992).

În procesele comunicării se au în vedere reglementările legale (legalitate şi uniformizate - elementele cerute de o evaluare legală a dizabilităţii), dar şi elementele culturale ale comunicării (comunicarea doctorilor cu pacienţii despre

problemele cauzate de incapacitățile lor). Aceste tranzacții se „tipizează" prin exersare în timp și prin influența contextului social specific (Bougan et al., 1986).

Incapacitatea de revenire în muncă poate fi legată de erorile de comunicare. În analiza calitativă a lui Baril et al. (2003) sau Cooper et al. (2001), problemele de comunicare printre pacienți/angajați accidentați și doctori, angajatori sau asiguratori au fost relaționate cu rezultate slabe în ameliorarea capacității de muncă. Angajatorii consideră comunicarea deficitară cu medicul ca fiind un obstacol primar în calea îmbunătățirii managementului dizabilităților (Hathaway et al., 1990).

În mod dezirabil este necesar a depăși diferențele de percepție dintre pacient/ angajat și doctor (Plomp, 1993). Comunicarea proactivă/ adecvată cu medicul este asociată cu un procent mai mare al ratei de reîntoarcere la lucru (acest efect a dispărut după controlarea factorilor ce țin de afecțiune și de locul de muncă) (Brand et al., 2001). Se sugerează că o comunicare adecvată între angajați și medici reprezintă doar un aspect al îmbunătățiri ratei de revenire în muncă. În plus contează calitatea comunicării cu supervizori și managerii (poate avea efect mai mare în reducerea dificultăților de revenire în muncă) sau alți specialiști, precum psihologii (Graham, Salazar, 1999).

Un rol esențial în întoarcerea pacientului în câmpul muncii și acomodarea la locul de muncă îl are *furnizorul asistență medicală* (FAM, *eng.* healthcare provider, prescurtat FAM). Acesta nu are doar rolul de a trata accidentele survenite la locul de muncă, ci adesea, trebuie să ofere informații și să emită judecăți cu privire la ceea ce a cauzat problema, gradul de dizabilitate, pregătirea pentru întoarcerea în câmpul muncii și chiar stabilirea autenticității leziunii (Dobyns, 1987).

Comunicarea dintre FAM și pacient este un element important în reabilitarea cu succes și întoarcerea în câmpul muncii. Expectanțele unui pacient legate de întoarcerea la lucru pot fi la fel de importante pentru procesul de reabilitare, precum modificările obiective în starea fizică (Cole et al., 2002). Brand et al. (2001) au evidențiat că recomandarea pozitivă din partea FAM-ului cu privire la întoarcerea în câmpul muncii a fost asociată unei rate de recuperare cu 60% mai mare pentru pacienții cu afecțiuni în partea de jos a spatelui, care durau de mai mult de 30 de zile indiferent de sex, vârstă, cauza afecțiunii, factori psihici si psihosociali.

Pacienții care primesc informații cu privire la prevenirea leziunilor, managementul durerii și acomodarea la locul de muncă, pot fi mai capabili în a-și gestiona durerea, sunt mai puțin limitați de leziune și pot fi capabili să se întoarcă la lucru (Hildebrand et al., 1997).

6. Prevenția

Prevenția leziunilor spatelui și identificarea factorilor de risc este o sarcină importantă, chiar o obligație a medicului pentru problemele de sănătate apărute din cauze profesionale. Prevenirea include:

- schimbări administrative, organizaţionale şi ergonomice destinate controlului expunerii şi al riscurilor. Este necesar şi benefic să alternăm sarcinile de lucru, să limităm expunerea zilnică, sau să cerem o abordare medicală completă.

- monitorizarea medicală a persoanelor cu probleme mai vechi ale spatelui (valoare previzibilă mare). Folosirea unei radiografii mai vechi nu este eficientă pentru o prezicere a durerilor de spate ulterioare (Himmelstein şi Andersson, 1998).

- consilierea: pacientul trebuie atenţionat în legătură cu factorii de risc profesional pentru HDL şi durerile de spate.

- evaluarea ergonomică la locul de muncă şi intervenţia din partea specialistului în probleme de sănătate profesională, în colaborare cu instituţia angajatoare, specialiştii acesteia în sănătate şi reprezentantul sindicatului. Corelarea părerilor angajaţilor şi ale reprezentanţilor patronului par să aibă succes (Johanning, 1998).

- utilizarea pe scară largă a echipamentelor de protecţie (‚centurilor pentru spate) sunt recomandate de grupurile independente de sănătate publică (NIOSH, 1994).

- instrucţiuni de reducere a riscurilor şi exemple de tehnici mai bune de ridicare a obiectelor, pentru a fi folosite de lucrători şi specialişti în sănătate şi securitate (Simonton, 1996). În cadrul unui proces controlat, într-o mare agenţie guvernamentală (Serviciul Poştal al SUA) nu s-au găsit beneficii pe termen lung asociate cu un program educaţional referitor la ridicarea de greutăţi (Daltroy et al., 1996). Programele de exerciţii şi tratamentul muncitorilor înainte de întoarcerea la serviciu pot fi mai benefice, pentru că motivaţia lucrătorilor poate fi diferită. De asemenea, programele comportamentale, fără îmbunătăţirea condiţiilor de muncă şi controlul riscurilor par să nu fie suficiente în prevenirea bolilor profesionale ale spatelui. Se recomandă reevaluarea eficacităţii programelor de sănătate, prevenţie.

Tratamentul clinic şi managementul pacienţilor adulţi cu boli profesionale ale spatelui pot include mai multe combinaţii ale următoarelor modalităţi de intervenţie/ tratament, în funcţie de istoricul pacientului, rezultatele clinice şi pregătirea şi experienţa medicului:

- Educaţie în sănătate (simptome, rezultate, pronosticuri, aspecte psihologic-comportamentale).

- Tratament farmacologic: analgezice, ca acetaminofenul, acetaminofenul cu codeină, medicamente anti-inflamatorii fără steroizi (a se avea în vedere: reacţii adverse şi efecte secundare semnificative; pot afecta operarea cu anumite dispozitive şi controlul automobilului). Medicamentele pentru relaxarea musculară reduc durerile de spate (ciclobenzaprin, folosirea limitată de diazepam - creează dependenţă luat mai mult de o săptămână), dar au reacţii adverse şi efecte secundare, pot afecta operarea cu anumite dispozitive şi controlul automobilului). Durerile de spate şi sciatica se pot reduce prin apelul la injecţiile epidurale cu steroizi.

- Scurte perioade de odihnă (până la patru zile), dacă nu e permisă mobilizarea şi activitatea uşoară şi normală.

- Reexaminarea programată după şapte zile pentru determinarea posibilităţii de întoarcere la serviciu (return-to-work (RTW) sau reîntoarcere la activităţile normale. Odihna prelungită la pat nu este recomandată pentru durerile acute şi recurente (LBP), prolapsul discului sau durerea rădăcinii nervului.

- Activitate fizică minimă, indicată de medic.

- Terapie fizică (Bowling et al., 1997) pentru controlul durerii, putere, rezistenţa la oboseală.

- Palpare spinală (nu pentru durerea rădăcinii nervului) şi hidroterapie.

- Exerciţii pentru îmbunătăţirea condiţiei fizice (hidroterapie cu înot) şi „şcoala spatelui" (Waddell et al., 1996), exerciţiile lui McKenzie (pentru dureri de spate acute (LBP) - încep înainte de şase săptămâni.

- Modificări de activitate (evitarea ridicărilor, şederile prelungite, stresul postural, vibraţiile); în cazul ridicărilor, a celora aproape de corp, nu trebuie să depăşească 10±15 kg până dispar simptomele.

- Schimbarea locului de muncă (obiecte care pot fi ridicate, mese, benzi transportoare, locuri cu susţinerea zonei lombare, schimbarea poziţiei corpului în mod frecvent, evitarea şederii prelungite şi alternarea ei cu poziţia în picioare, lucrul la o masă înaltă).

- Corsete lombare şi curele de susţinere: sunt utile în prevenţia afecţiunilor lombare, dar nu sunt eficiente în tratamentul durerilor acute de spate.

- Susţinerea psihologică şi analizarea cazului vor influenţa în mod pozitiv simptomele şi indiciile medicale. Factorii psihosociali şi socio-economici sunt factori de risc importanţi pentru cronicizare şi reacţia la tratament (Malanga, 1998).

Johanning (1998) descrie o abordare a sănătăţii ocupaţionale într-o agenţie a serviciului de transporturi:

- contraindicaţiile exercitării profesiei (când există expunere mare şi prelungită) sunt: patologie spinală degenerativă accelerată, durere progresivă a discului (hernie), boală spinală inflamatorie activă, istoric al durerilor de spate cronice, anomalii spinale dobândite sau congenitale, chirurgia coloanei vertebrale şi fractura vertebrelor, gastrită cronică, ulcer şi sarcina.

- informarea personalului: lucrătorii trebuie preveniţi despre riscurile vibraţiilor, semnele şi simptomele bolii legate de oscilaţii, modurile de a minimiza expunerea, cum ar fi: măsuri tehnice de a reduce oscilaţia la sursă, sau de a reduce transmiterea, prin locuri de suspensie bine reglate.

- evaluarea medicală: fiecare angajat cu expunere la vibraţii peste limita acceptabilă ($0.5m/s^2$) trebuie să fie examinaţi fizic, cu accent îndeosebi pe problemele spatelui. Evaluarea medicală trebuie condusă de un doctor specializat în medicina muncii.

- controlul operaţional: controalele tehnice, măsurile administrative şi supravegherea medicală pot avea succes pentru eliminarea sau chiar reducerea pericolelor oscilaţiilor. Se evaluează comportamentul celui care controlează maşina şi experienţa în şofat (viteza şi stilul de a conduce). Sunt scoşi din muncile grele toţi muncitorii expuşi la oscilaţii: programe de muncă reduse, evitarea ridicării de greutăţi după conducerea automobilului (pentru că spatele va fi obosit şi slăbit), evitarea poziţiilor neobişnuite ale spatelui (Wasserman et al., 1997).

- colaborarea cu producătorii: datele de expunere la oscilații trebuie oferite de toți producătorii de mașini, folosind documente cu date de siguranță a oscilațiilor. Trebuie emise avertizări de sănătate, dacă nivelele de expunere a locurilor depășesc $a_w > 0.5m/s^2$. Această normă este actualmente implementată în Uniunea Europeană în cadrul Directivei Tehnice (EU, 1993). Comisia Europeană a impus o limită de expunere la vibrații de $0.7m/s^2$ în programul de muncă de 8 ore.

Pacientului i se vor da indicații scrise specifice. Unele forme de exerciții aerobice și hidroterapia specială sunt benefice pentru controlul durerii. Intervenția multidisciplinară include schimbări în condițiile de lucru, schimbări ale atitudinii față de boală, reducerea expunerii, îmbunătățirea ergonomică, terapie psihologică și fizică.

7. Discuții

Factorii psihosociali pot afecta percepția durerii (Burton, Tillotson și Main, 1995). Factorii psihologici pot prezice rezultatul tratamentului (Carragee, 2001). Prezența acestor factori de confuzie, poate explica parțial, de ce operația poate fi considerată nereușită, în ciuda unei aparente decompresii reușite.

Cu toate că operația de disc lombar este cel mai comun tratament chirurgical pentru hernia de disc pentru pacienții cu simptome la spate și la picioare, încă nu există un consens cu privire la orientarea reabilitării (Ostelo et al., 2002). Trainingul timpuriu și intensiv s-a dovedit a avea efecte pozitive asupra durerii și stării funcționale și permitere reîntoarcerii la muncă în termen scurt. Studiile privind efectele pe termen lung ale diferitelor programe de exercițiu sunt rare (Manniche et al., 1993).

În momentul actual, furnizarea de fizioterapie post-operatorie pe perioada spitalizării reprezintă un beneficiu, dar variația privind furnizarea de fizioterapie ambulatorie sugerează faptul că aceasta nu este necesară tuturor pacienților. Cinci motive principale au fost identificate pentru furnizarea fizioterapiei, deși nu se obișnuiește acest lucru și anume: slaba mobilitate/funcție, deficitul neurologic, durerea persistentă și reducerea ROM și pacienții care necesită reabilitare. Pentru a identifica pacienții ce necesită reabilitare, s-au investigat indicatorii rezultatelor slabe (incapacitatea de muncă), care a inclus estimarea durerii de către pacient, predicția pacientului pentru posibilitățile sale de a se întoarce la muncă și scorurile mari la dizabilitate (Manniche et al., 1993).

Deși întoarcerea la serviciu (RTW) este influențată de o combinație de aspecte sociale, economice și ocupaționale, cel mai important factor în decizia de întoarcere la serviciu este gravitatea simptomelor fizice. Reintegrarea muncitorilor cu o afecțiune lombară depinde de mulți factori, unii dintre ei putând fi controlați de medicul curant, inclusiv factorii de comportament (ibidem.). Alții depind de angajatori (sunt sarcinile de lucru „ușoare” disponibile?), asigurări și planuri de sănătate, existența programelor de sănătate și securitate în muncă, comunicarea managerială și bunele relații între pacienți, medici, piața muncii și reprezentanții conducerii organizațiilor angajatoare.

Deciziile de reîntoarcere la serviciu trebuie să se bazeze pe o înţelegere a condiţiilor de muncă, evaluarea şi controlul factorilor de risc pentru a preveni afecţiunile viitoare. Datorită acestor factori complecşi, medicii specializaţi în medicina muncii sunt calificaţi pentru a se implica direct în tratamentul ambulatoriu al persoanelor cu probleme ale coloanei vertebrale. Factorii psiho-sociali, structurile organizaţionale şi sistemele de compensaţie joacă un rol important în reabilitarea şi reintegrarea pe piaţa muncii a persoanelor cu afecţiuni medicale.

Bibliografie

Abenhaim, L., Rossignol, M., Valat, J. P., Nordin, M., Avouac, B., Blotman, F., Charlot, J., Dreiser, R. L., Legrand, E. et al. (2000). The role of activity in the therapeutic management of back pain. Report of the International Paris Task Force on Back Pain. Spine (Suppl 4), 25, 1S-33S.

Akerlind I, Hornquist JO. Loneliness and alcohol abuse: a review of evidences of an interplay. Soc Sci Med. 1992; 34(4):405–414.

Anderson, G. B., (1999). Epidemiological features of chronic low back pain, Lancet 345, 581–585.

Arpino, L., Lavarone, A., Parlato, C., Moraci, A. (2004). Prognostic role depression after lumbar disc surgery, Neurol Science, 25, 145-7.

Baril, R., Clarke, J., Cole, D., Friesen, M., Stock, S. (2003). Management of return-to-work programs for workers with musculoskeletal dis- orders: A qualitative study in three Canadian provinces. Social Science and Medicine. 57(11): 2101 – 2114.

Bougan, M., Donnellon, A., Gray, B. (1986). Communication, meaning, and organized action. Administrative Science Quarterly.; 31: 43 – 55.

Bowling, R. W., Truschel, D. W., Delitto, A., Erhard, R. E. (1997). Conservative management of low back pain with physical therapy. In: Erdil M, Dickerson OB, editors. Cumulative trauma disorders. New York, NY: Van Nostrand Reinhold.

Brand, R., Dasinger, L., Krause, N., Rudolph, L. (2001). Thompson P. Doctor proactive communication, return-to-work recommendations, and duration of disability after a workers' compensation low back injury. Journal of Occupational and Environmental Medicine. 43(6): 515 – 525.

Brand, R., Dasinger, L., Krause, N., Rudolph, L., Thompson, P. (2001). Doctor proactive communication, return-to-work recommendations, and duration of disability after a workers' compensation low back injury. Journal of Occupational and Environmental Medicine. 43(6): 515 – 525.

Buchbinder, R., Jolley, D., Wyatt, M. (2001). Volvo Award Winner in Clinical Studies: Effects on a media campaign on back pain beliefs and its potential influence on management of low back pain in general practice. Spine. 26(23): 2535 – 2542.

Burton, A. K., Tillotson, M. K., Main, C. J. (1995). Psychosocial predictors of outcome in acute and subacute low back trouble. Spine 20:722–728

Carragee, B. J. (2001). Psychological screening in the surgical treatment of lumhar disc hemia, Clin J Pain, 17, 215-9.

Carragee, E. J.; Alamin, T. F. (2001). Discography: a review. Spine J, 1, 364–372

Cholewicke, J., and McGill, S. (1996). Mechanical stability of the lumbarspine in vivo: Implications for injury and chronic low back pain, Clinical Biomechanics, 1–15.

Cole, D. C., Mondloch, M. V., Hogg-Johnson, S. (2002). Listening to injured workers: how recovery expectations predict outcomes–a prospective study. CMAJ. 166(6): 749–754.

Cooper, J., Friesen, M. N., Yassi, A. (2001). Return-to-work: The importance of human interactions and organization structures. Work. 17(1): 11 – 22.

Coskun, E., Suzer, T., Topuz, O., Zencir, M., Pakdemirli, E., Tahta, K. (2000). Relationships between epidural fibrosis, pain, disability, and psycological factors after lumbar disc surgery. Eur Spine J 9:218-223.

Daltroy, L. H., Cats-Baril, W. L., Katz, J. N., Fossel, A. H., Liang, M. H. (1996). The North American Spine Society Lumbar Spine Outcome Assessment Instrument: reliability and validity tests. Spine. 21:741-9.

Danielsen, J. M., Johnsen, R., Kibsgaard, S. K., Hellevik, E. (2000). Early aggressive exercise for postoperative rehabilitation after discectomy. Spine, 25(8), 1015-20.

Delauche Cavallier, M. C., Budet, C., Laredo, J.D., Debie,R., Wybier, M., Dorfmann.,H and Ballner, I. (1992). Lumbar disc herniation. Computed tomography scan changes after conservative treatment of nerve root compression, Spine, 927–933

Deyo, R. A., and Weinstein, J. N. (2001). Low back pain, The New England Journal of Medicine 344, 363–370.

Dixon, S., Bird, H. (1981). Reproducibility along a 10 cm visual analogue scale. Ann Rheum Dis. 40: 87-89.
Dobyns, J. H. (1987). Role of the physician in workers' compensation injuries. J Hand Surg. 12A(5 Part 2): 826–829.
Dolan, P., Greenfield, K., Nelson, R. J., Nelson, I. W. (2000). Can exercise therapy improve the outcome of microdiscectomy? Spine, 25(12), 1523-32.
Dvorak, J., Gauchat, M. H., Valach, L. (1988). The outcome of surgery for lumbar disc herniation. I. A 4-17 years' follow-up with emphasis on somatic aspects. Spine 13 (12), 1418-22.
Dworkin, S. F., von Korff, M. R., LeReshe, L. (1992). Epidemiological studies of chronic pain: A dynamic-ecologic perspective. Ann Behav Med, 14(1), 3-11.
Epker, J., Block, A. R. (2001). Presurgical psyrhological screening in back pain patients:a review, Clin J Pain, 17, 200-5.
Fairbank, J. C., Pynsent, P. B. (1980). The Oswestry disability index. Spine. 1980; 25:2940-2952.
Fordyce, W., McMahon, R., Rainwater, G., Jackins, S., Questad, K., Murphy, T., De Lateur,B. (1981).Pain complaint-exercise per-formance relationship in chronic pain. Pain, 10(3), 311-21.
Franche, R., Krause, N. (2002). Readiness for return to work following injury or illness: Conceptualizing the interpersonal impact of health care, workplace and insurance factors. Journal of Occupational Rehabilitation. 12(4): 233 – 256.
Gibson, A. J. N., Grant, I. C., and Waddell, G. (1999). The cochrane review of surgery for lumbar disc prolapse and degenerative lumbar spondylosis, Spine, 1820–1832
Gillette, R. D. (1996). Behavioral factors in management of back pain. Am Fam Phys. 1996; 53:1313-1318.
Graham, K., Salazar, M. (1999). Evaluation of a case management program: Summary and integration of findings. American Association of Occupational Health Nurses Journal. 47: 416 – 423.
Graver, V., Haaland, A., Magnaes, B. et al. (1999). Seven year clinical follow-up after lumbar disc surgery: results and predictors of outcome. Br J Neurosurg. 13:178–184.
Grucza, R. A., Przybeck, T. R., Spitznagel, E. L., Cloninger, C. R., (2003). Personality and depressive symptoms: a multi-dimensional analysis, J Affect Disord, 74, 123-30.
Hathaway, J., Merrill, R., Pransky, G., Scott, D (1990). Illness and the workplace: A study of physicians and employers. The Journal of Family Practice. 31(1): 55 – 59.
Hawkins, B., Penley, L. (1985). Studying interpersonal communication in organizations: A leadership application. The Academy of Manage- ment Review. 28: 309 – 326.
Hide, J. A. (2001). Long term effects of specific stabilizing exercises for first episode low back pain, Spine, E243–E248.
Hildebrandt, J., Pfingsten, M., Saur, P., Jansen, J. (1997). Prediction of success from a multidisciplinary treatment program for chronic low back pain. Spine. 22(9): 990–1001.
Himmelstein, J. S., Andersson, G. B. (1988). Low back pain: risk evaluation and preplacement screening. Occup Med STAR. 3(2):255-269.
Hodges, P. W., and Richardson, C. A. (1996). Inefficient muscular stabilization of the lumbar spine associated with low back pain. A motor control evaluation of transversus abdominis, Spine, 2640–2650.
Howe J, Frymoyer JW (1985). The effects of questionnaire design on the determination of end results in lumbar spinal surgery. Spine 10: 804-805.
Ito, T., Takano, Y., and Yuasa, N. (2001). Types of lumbar herniated disc and clinical course, Spine, 648–651
Johanning E. (1998). Back disorder intervention strategies for mass transit operators with whole-body vibration–comparison of two transit system approaches and practices. J Sound Vibration. 215(4): 629-634.
Johanning, E. (1998). Back disorder intervention strategies for mass transit operators with whole-body vibration–comparison of two transit system approaches and practices. J Sound Vibration. 215(4): 629-634.
Keltikangas-Jarvinen, L., Rimon, R. (1987). Rimon's Brief Depression Scale, a rapid method for screening depression. Psychol Rep.; 60: 111-119.
Kim, T. S., Pae, C. U., Hong, C. K., Kim, J. J., Lee, C U., Lee, S. J., Paik, I. H., Lee, C. (2006). Interrelationships among Pain, Disability, and Psychological Factors in Young Korean Conscripts with Lumbar Disc Herniation, Military Medicine, 171, 11; 1113-1116.
Kjellby-Wendt G., Styf J., Carlsson S. G. (2001). Early active rehabilitation after surgery for lumbar disc herniation: a prospective, randomized study of psychometric assessment in 50 patients. Acta Orthop Scand 72:518–524.
Kjellby-Wendt, G., Styf, J. (1998). Early active training after lumbar discectomy. A prospective, randomized, and controlled study. Spine, 23 (21), 2345-51.
Koivumaa-Honkanen, H. T. (1998). Life Satisfaction as a Health Predictor. Doctoral Dissertation, University of Turku, Finland (Kuopio University Publications D. Medical Sciences 143)
Koivumaa-Honkanen, H. T., Antikainen, R., Hintikka, J., Honkanen, R. J. (2001). Self-Reported Life Satisfaction and Recovery from Depression in a 1-Year Prospective Study. Acta Psychiatrica Scandinavica, Vol. 103, 38 – 44.
Kong, W. Z., Goel, V. K., Gilbertson, L. G., and Weinstein, J. N. (1996). Effects of muscle dysfunction on lumbar spine mechanics. A finite element study based on a two motion segments model, Spine, 2197–2206.

Krause, N., Frank, J. W., Dasinger, L. K., Sullivan, T., Sinclair, S. J. (2001). Determinants of duration of disability and return to work after work-related injury and illness: Challenges for future research. Am J Ind Med. 40: 464–484.

Kunzmann, U., Little, T. D.; Smith, J. (2000). Age-Related Stability of Subjective Well-Being a Paradox? Cross-Selection and Longitudinal Evidence from the Berlin Aging Study. Psychologing and Aging, Vol. 3, 511 – 526.

Lazare, A., Lipkin, N., Putnam, S. (1995). The Medical Interview: Clinical Care, Education, and Research. New York: Springer.

Main, C. J., Wood, P. L., Hollis, S., Spanswick, C. C., Waddell, G., (1992). The distress and risk assessment method: a simple patient classification to identify distress and evaluate the risk of poor outcome, Spine, 17, 42-52.

Malanga, G. A., (1998). Low back pain. Occup Med. State of the Art Rev. 13(1) Philadelphia, PA: Hanley and Belfus, Inc.

Manniche, C., Asmussen, K., Lauritsen, B., Vinterberg, H., Karbo, H., Abildstrup, S., Fischer-Nielsen, K., Krebs, R. and Ibsen, K. (1993a). Intensive dynamic back exercises with or without hyperextension in chronic back pain after surgery for lumbar disc protrusion. A clinical trial. Spine, 18(5), 560-7.

Manniche, C., Asmussen,H. K., Vinterberg, H., Rose Hansen, E. B., Kramhoft, J., and Jordan, A. (1994). Back pain, scitica and disability following first time conventional hemilaminectomy for lumbar disc herniation. Use of Low Back Pain Rating Scale as postal questionnaire, Danish Medical Bulletin 41, 103–106.

Manniche, C., Skall, H. F., Braendholt, L., Christensen, B. H., Christophersen, L., Ellegaard, B., Heilbuth, A., Ingerslev, M., Jorgensen, O. E. et al. (1993b). Clinical trial of postoperative dynamic back exercises after first lumbar discectomy. Spine, 18 (1), 92-7.

Mannion, A. F., Junge, A., Taimela, S., Munlener, M., Lorenzo, K., Dvorak, J. (2001). Active therapy for chronic low back pain. Part 3. Factors influencing self-rated disability

Mattila, M., Hurme, M., Alaranta, H., Paljarvi, L., Kalimo, H., Falck, H., Lehto, M., Einola, S., and Jarvinen, M. (1992). The multifidus muscle in patients with lumbar disc herniation. A histochemical and morphometric analysis of intraoperative biopsies, Spine, 732–738.

Nielsen, P. R., Andreasen, J., Asmussen, M., Tonnesen, H. (2008). Costs and quality of life for prehabilitation and early rehabilitation after surgery of the lumbar spine, *BMC Health Services Research*, 8:209.

NIOSH. (1996a). Waters TR, Putz-Anderson V, Garg A. Application Manual for the Revised NIOSH Lifting Equation. PB94-176930. National Institute for Occupational Safety and Health (NIOSH), Cincinnati, OH.

Nygaard, O., Kloster, R., Solberg T. (2000). Duration of leg pain as a predictor of outcome after surgery for lumbar disc herniation: a prospective cohort study with 1-year follow up. J Neurosurg (Spine2). 92:131-134.

Orlikowski, W., Yates, J. (1992). Genres of organizational communication: A structural approach to studying communication and media. The Academy of Management Review. 17: 299 – 326.

Ostelo, R. J., de Vet, H. C. W., Wadell, G., Kerckhoffs, M. R., Leffers, P., van Tulder, M. W., (2002). Rehabilitation after lumbar disc surgery. Cochrane Database Syst Rev

Panjabi, M. M. (1992). The stabilization of the spine. Part 1. Function, dysfunction, adaptation, and enhancement, Journal of Spinal Disorders, 383–389.

Pincus, T., Burton, A. K., Vogel, S., Field, A. P. (2002). A systematic review of psychological factors as predictors of chronicity/disability in prospective cohorts of low back pain. Spine. 27: E109-20.

Plastanga, N., Field, D., and Soames, R. (1998). Anatomy & Human Movement: Structure and Function, (6th ed.), Oxford: Butterworth-Heinemann, 660–670.

Plomp, H. (1993). Employees' and occupational physicians' different perceptions of the work-relatedness of health problems: A critical point in an effective consultation process. Occupational Medicine (London); 43(Suppl 1): S18 – S22.

Poulakka, K., Ylinen, J., Neva, M. N., Kautiainen, H., Häkkinen, A (2008). Risk factors for back pain related loss of working time after surgery for lumbar disc herniation:a 5-year follow- up study.Eur Spine J. 17:386-392

Rissanen, A., Kalimo, H., and Alaranta, H. (1995). Effect of intensive training on the isokinetic strength and structure of lumbar muscles in patients with chronic low back pain, Spine, 333–340.

Rush, A. J., Polatin, P., Gatchel, R. J.(2000). Depression and chronic low back pain. Establishing priorities in treatment. Spine,, 25(20), 2566-71.

Say R, Thompson R. (2003). The importance of patient preferences in treatment-challenges for doctors. British Journal of Medicine.;327: 542 – 545.

Simonton, K. (1996) Lessons for lifting and moving materials. Consultation and Compliance Service Division Washington State Department of Labor and Industries. P417-129-000 (12/96). Olympia, Wa.

Sindou M. (2001). *Curs de Neurochirurgie*. Ed. Gh. Asachi, Iaşi.

Vancouver, J. (1996). Living systems theory as a paradigm for organizational behavior: Understanding humans, organizations, and social processes. Behavioral Science; 43(3): 165 – 204.

Von Korff, M. & Saunders, K. (1996). The course of back pain in primary care. Spine, 21, 2833-2837.

Vroomen, P. C., De Krom, M. C., Wilmink, J. T., Kester, A. D., and Knottnerus, J. A. (1999). Lack of effectiveness of bed rest for sciatica, The New England Journal of Medicine 340, 418–423.

Waddell, G., (1987). Clinical assessment of lumbar impairment, Clin Orthop, 221, 110-20.

Waddell, G., Feder, G., McIntosh, A., Lewis, M., Hutchinson, A. (1996). Low back pain evidence review. London: Royal College of General Practitioners (www.rcgp.org.uk/backpain/index.htm).

Wall, P. D., Melzack, R. (1999). Textbook of pain, London, UK, Churchhill Livingstone.

Wasserman, D. E., Wilder, D. G., Pope, M. H., Magnusson, M., Aleksiev, A. R., Wasserman, J. F (1997). Whole-body vibration exposure and occupational work-hardening. Editorial. J Occup Environ Med. 39: 403-407

Weber, H. (1983). Lumbar disc herniation. A controlled, prospective study with ten years of observation, Spine, 131–140.

Wilke, H .J, Wolf, S., Claes, L. E., Arand, M., Wiesend, A (1995). Stability increase of the lumbar spine with different muscle groups. Spine, 20: 192-198 12.

Wood, EG. III, Hanley, EN Jr. (1991). Lumbar disc herniation and open limited discectomy: indications, techniques and results. Oper Tech Orthop. 1:23-8.

Yee, R., Yeung, A., Cheng, T. (2008). The impact of employee satisfaction on quality and profitability in high-contact service industries. Journal of operations management 26 (5), 651-668.

Yilmaz, F., Yilmaz, A., Merdol, F., Parlar, D., Sahin, F., Kuran, B. (2003). Efficaly of dynamic lumbar stabilization exercise in lumbar microdiscectomy. J Rehabil Med. 35:163-167

AUTENTICITATEA SINELUI, CONCORDANŢA SCOPURILOR CU SINE ŞI STAREA DE BINE PSIHOLOGICĂ

Daniela Ionescu

1. Cadre

Consilierii psihologi, psihoterapeuţii întâlnesc diverse probleme sau nevoi ale clienţilor. Sunt oameni ce au o stare de disconfort, chiar suferă pentru că ei înşişi nu sunt aşa cum şi-au dorit, viaţa lor nu este aşa cum îşi doresc în prezent. Cu alte cuvinte, când experienţa de sine este autentică, netrucată de alţii sau de sine, când scopurile omului sunt concordante cu ceea ce vrea el să realizeze, atunci starea de bine, fericirea pot înflori în sufletul persoanei, pot deveni o parte integrantă a personalităţii ei. În acest studiu ne propunem să prezentăm cadrele conceptuale ale autenticităţii, concordanţei scopurilor cu sine, noţiuni aflate în primul plan al cercetării psihologice actuale, având aplicabilitate în demersurile de optimizare sau dezvoltare personală.

2. Autenticitatea sinelui

Teoria autodeterminării afirmă că oamenii sunt autentici atunci când acţiunile lor reflectă sinele lor adevărat, când sunt autonomi şi autodeterminaţi (Ryan şi Deci, 2000).

Autenticitatea se referă la măsura în care gândurile, sentimentele şi acţiunile unei persoane reflectă adevăratul sine al persoanei. Sentimentul de autenticitate rezultă din interacţiuni ale proceselor mentale, emoţionale şi comportamentale ce contribuie la descoperirea, dezvoltarea de către individ a sensului personal al sinelui. Autenticitatea se menţine de-a lungul timpului şi diverselor situaţii. Funcţionarea autentică conduce la înţelegerea de sine, deschiderea spre recunoaşterea obiectivă a realităţii ontologice proprii, orientarea spre relaţiile interpersonale (Kernis & Goldman, 2006).

Funcţionarea autonomă presupune libertatea de acţiune, de decizie, manifestarea personală în acord cu intenţiile, gândurile şi sentimentele personale. Indivizii care funcţionează autonom dezvoltă o mai mare unitate între înţelegere şi acţiunile personale, au o toleranţă mai mare în întâmpinarea experienţelor de viaţă, nu se simt ameninţaţi sau defensivi în faţa acestor experienţe, îşi aleg în mod liber comportamentul şi manifestă o mai mare onestitate în interacţiunile de toate tipurile (Kernis & Goldman, 2006).

Deschiderea se referă la tendinţa de a căuta şi întâmpina fluxul schimbător al experienţei conştiente cu receptivitate, pregătirea de a percepe acurat experienţa în curs de desfăşurare, fără a o distorsiona sau fără a încerca evitarea experienţei,

predispoziția de a asimila noi experiențe în structurile sinelui (Hodgins și Knee, apud ibid.).

Autenticitatea poate fi împărțită în patru componente interrelaționate:

- *autenticitatea conștientizării sinelui*,
- *autenticitatea procesării informațiilor* (procesare fără bias),
- *autenticitatea comportamentală*,
- *autenticitatea relațională* (Kernis & Goldman, 2006).

Conștientizarea implică cunoașterea și acceptarea aspectelor sinelui care pot fi multifațetate și potențial contradictorii. Componenta de conștientizare se referă la cunoașterea și încrederea în motivele personale, sentimentele, dorințele și cognițiile relevante despre sine, antrenând motivația de creștere.

2. Procesarea fără biasuri a informației relevante despre sine presupune obiectivitate în evaluările aspectelor pozitive și negative ale sinelui: emoții, informații, cunoștințe private, experiențe de viață. De asemenea, presupune absența distorsionării în interpretarea informației relevante despre sine. Procesarea fără biasuri a informației relevante despre sine conduce la o percepție acurată a sinelui care este benefică pentru alegerile personale, având implicații pe termen lung.

3. Autenticitatea comportamentală, a treia componentă a autenticității, se referă la acordul dintre comportament și valorile, preferințele, nevoile persoanei, capacitatea de autoreglare a acțiunilor persoanei în funcție de cerințele relevante ale sarcinii. Creșterea autenticității comportamentale se asociază cu suprimarea activităților competitive cu sarcina. Această componentă reprezintă outputul comportamental al componentelor de conștientizare și procesare nebiasată. Comportamentul autentic poate fi deosebit de *comportamentul neautentic* prin intențiile și motivațiile conștiente care îi stau la bază. Comportamentul neautentic este realizat pentru a servi interese exterioare persoanei sau pentru a obține recompense și a evita pedepse.

4. A patra componentă a autenticității este *componenta relațională*. O persoană autentică în relațiile cu cei apropiați este onestă, dezvoltă un stil de atașament securizant cu cei apropiați, se exprimă liber fără tema de respingere sau de criticism din partea partenerului. Autenticitatea relațională ridicată este asociată cu orientarea spre suport emoțional, social și instrumental. Când oamenii sunt onești în relația cu partenerii lor, își doresc mai mult să se bazeze pe aceștia, căutând suport emoțional și informațional (Kernis & Goldman, 2006). Autenticitate sinelui favorizează dezvoltarea și creșterea sănătoasă a relațiilor lor intime prin împărtășirea aspectelor despre sine (cine sunt cu adevărat, aspecte atât bune cât și rele), facilitează împărtășirea informațiilor despre sine ducând la un sentiment de acceptare de către celălalt. Intimitatea unei relații se dezvoltă atunci când indivizii își fac dezvăluiri de natură emoțională mai degrabă decât de natură factuală, iar partenerul este responsiv la sentimentele împărtășite, făcându-l pe celălalt să se simtă înțeles, validat și apreciat (*ibidem*.).

Funcționarea autentică a persoanei este asociată cu strategii de coping adaptativ (copingul activ, planificarea, rezolvarea de probleme), cu un nivel scăzut al negării stresorilor. Corelează negativ cu majoritatea strategiilor disfuncționale și

maladaptative de coping: evitarea, copingul emoţional şi abuzul de substanţe (Kernis & Goldman, 2006).

Starea de bine (din perspectiva eudaimonică) se fundamentează printre altele pe trăirea sentimentului de autenticitate şi concordanţă cu sinele şi valorile persoanei (Ryan & Deci, 2001). Autenticitatea sinelui este elementul de bază pentru dezvoltarea stimei de sine (Kernis & Goldman, 2006).

Autenticitatea redusă a sinelui se asociază cu dezvoltarea unor tulburări psihologice:

- alienarea de sine: internalizarea influenţelor externe nefaste, în special în perioada copilăriei (perspectivă psihodinamică). Alienarea de sine este o cauză a psihopatologiei. Alienarea de sine este cauza distresului mental (perspectiva existenţială);
- vulnerabilitatea la stres: tulburarea de stres postraumatic poate avea printre determinanţi sinele inautentic. Alienarea de sine şi acceptarea totală a influenţelor din exterior se asociază cu simptome mai intense ale tulburării de stres postraumatic;
- predispoziţia la depsresie: persoanele care îşi subordonează nevoile în relaţiile apropiate pentru a evita confruntarea, prezintă un nivel scăzut de autenticitate a sinelui, o stimă de sine scăzută şi un nivel ridicat al depresiei;
- anxietatea: nivelul redus al autenticităţii sinelui corelează pozitiv cu anxietatea, stresul şi depresia, şi negativ cu stima de sine şi starea de bine psihologică (Wood et al., 2008).

3. Concordanţa scopurilor cu sine

3.1. Atingerea scopurilor

Din perspectiva modelului concordanţei scopurilor cu sine (Sheldon şi Elliot, 1999), există două categorii de scopuri:

- scopuri concordante cu sine, care reflectă interese şi valori intrinseci,
- scopuri neconcordante cu sine, care sunt urmărite datorită presiunii din partea societăţii sau a propriei persoane.

Progresul în atingerea scopului depinde de mai mulţi factori, printre care:

1. *concordanţa cu sine în atingerea scopurilor*. În metaanaliza realizată de Koesner et al. (2002), concordanţa cu sine a fost pozitiv şi semnificativ asociată cu atingerea scopului, obţinându-se o mărime moderată a efectului (d = .37).Efectele pozitive ale concordanţe cu sine asupra progresului scopului şi a stării de bine psihologice au fost menţinute şi în condiţiile controlului statistic al variabilelor precum abilităţile de autoreglare, eficacitatea în atingerea scopului şi angajamentul faţă de scop (Sheldon şi Houser-Marko, 2001).

2. *angajamentul faţă de scop*. Angajamentul în atingerea scopului reprezintă măsura în care scopul personal este asociat cu un sentiment puternic de determinare, dorinţa de a investi efort şi efortul depus pentru realizarea scopului. Angajarea în scop este o variabilă moderatoare în relaţia dintre percepţia probabilităţii atingerii scopului şi diferenţele în starea de bine psihologică.

3. *percepţia probabilităţii crescute de atingere a scopului*. Probabilitatea atingerii scopului reprezintă măsura în care o persoană percepe condiţii favorabile versus condiţii nefavorabile pentru îndeplinirea scopului său. Condiţiile favorabile atingerii scopului se referă la timp şi oportunitatea de a lucra pentru îndeplinirea scopurilor, că îndeplinirea scopurilor personale este percepută ca fiind sub controlul personal, iar atingerea scopului este facilitată de suportul social din partea celor apropiaţi. Interacţiunea dintre angajamentul şi percepţia probabilităţii de atingere a scopului reprezintă un predictor semnificativ al stării de bine psihologice (Sheldon & Kasser, 1998; Sheldon & Elliot, 1999).

4. *percepţia acurată a propriilor capacităţi*, cât şi abilitatea de a rezista presiunii sociale care adesea împinge individul în direcţii nepotrivite (Houser-Marko, 2001, apud. Judge et al., 2005).

5. *autoeficacitatea*: reprezintă credinţa oamenilor în capacitatea lor de a deţine controlul asupra nivelului lor de funcţionare în raport cu sine şi cu mediul (Bandura, 1996). Autoeficacitatea este un predictor al atingerii scopurilor şi al stării de bine psihologice (Sheldon & Elliot, 1999).

6. *motivaţia* influenţează atingerea scopurilor şi implicit performanţa comportamentală. Totuşi, pentru mulţi indivizi motivaţia nu este suficientă pentru activarea comportamentală (Gollwitzer & Sheeran, 2006, *apud.* Chatzisarantis et al., 2008). Modelul multifazic al acţiunii (Gollwitzer (1990, apud. ibid.) distinge între faza motivaţională şi faza voliţională.

Faza motivaţională implică procesul de deliberare asupra avantajelor, dezavantajelor şi a motivelor pentru care individul s-ar putea angaja într-un anumit comportament. Faza motivaţională culminează cu formularea intenţiilor scopului care descriu puterea cu care o persoană intenţionează să se implice într-un comportament centrat pe scop.

Faza voliţională implică formularea unor planuri specifice, intenţii de implementare pe o anumită perioadă de timp care specifică când şi unde se va realiza comportamentul centrat pe scop.

7. *intenţiile de implementare*: sunt un predictor al atingerii scopului. Intenţiile specifică ce anume urmăresc oamenii, pe când concordanţa cu sine specifică de ce oamenii urmăresc anumite scopuri. Intenţiile de implementare sunt influenţate de puterea scopului (măsura în care indivizii intenţionează să îşi urmărească scopurile) şi de gradul de activare al scopului (măsura în care reprezentarea unui scop în memorie este activă sau nu) (Chatzisarantis et al., 2008).

Formularea intenţiilor de implementare constituie o strategie de autoreglare foarte puternică care ajută oamenii să treacă de la faza motivaţională la faza voliţională. *Planificarea* datei şi a locului unde se va iniţia o acţiune prospectivă întăreşte asocierea dintre reprezentarea situaţiei şi reprezentarea acţiunii în memoria individului (ibidem.).

Exerciţiile pentru întărirea intenţiilor de implementare sunt deosebit de utile
- în cazul scopurilor dificil de atins (Gollwitzer & Brandstätter, 1997)
- pentru oamenii cu afectări psihologice: distractibilitate, gânduri intruzive, tulburări clinice,dependenţi de droguri (Brandstätter et al., 2001, apud. Chatzisarantis et al., 2008).

- indivizii cu un nivel scăzut al concordanței cu sine
- oamenii cu abilități deficitare de autoreglare.

Intențiile de implementare ajută astfel de indivizi să câștige controlul asupra inițierii și reglării comportamentului lor. Pentru indivizii care sunt *foarte implicați* în sarcină, intențiile de implementare care facilitează centrarea pe sarcină pot deveni disfuncționale conducând la supramotivare (Golwitzer și Schaal, 1998, apud. ibid.).

Intențiile de implementare și concordanța cu sine conduc la un progres ridicat în atingerea scopului, iar efectele intențiilor de implementare și ale concordanței cu sine asupra progresului în atingerea scopului sunt independente de efectele variabilelor motivaționale precum angajamentul față de scop (Koestner et al., 2006, apud. ibid.).

8. *Strategii de coping în urmărirea scopurilor.* Copingul este definit de un set de acte cognitive și comportamentale pe care indivizii le folosesc pentru a face față solicitărilor interne și externe care le depășesc resursele personale (Lazarus și Folkman, 1984, apud. Smith et al., 2011). Strategiile de coping sunt precedate de *evaluările cognitive primare și secundare* pe care indivizii le realizează când se confruntă cu situații provocatoare pentru resursele personale. Scopurile urmărite din motive autonome versus controlate sunt asociate cu adoptarea unor strategii de coping diferite ca rezultat al evaluărilor cognitive primare și secundare (Lazarus și Folkman, 1984, apud. Smith 2011).

La un nivel primar al evaluării, un individ care urmărește un scop din motive autonome, este înclinat să evalueze dificultățile care apar ca fiind o provocare, ca fiind oportunități ce facilitează învățarea și creșterea. Un individ care urmărește un scop din motive controlate evaluează dificultățile întâlnite ca fiind o amenințare a valorii personale.

La un nivel secundar al evaluării, resursele disponibile pentru a înfrunta dificultățile apărute în atingerea scopului pot să varieze ca o funcție a motivelor care stau la baza scopului. Când scopurile sunt reglate de motive controlate conflictele interne rezultate din presiunea de a îndeplini un scop care nu este concordant cu sine constituie un stres puternic și sunt consumatoare de energie, conducând la scăderea resurselor personale disponibile (Moller et al., 2006, apud. Smith et al., 2011).

Răspunsul unui individ în anumite situații depinde de strategiile de coping pe care le are la dispoziție precum și de scopul însuși. Strategiile de coping pe care un individ le adoptă pot fi antrenate de motivele care stau la baza urmăririi scopului.

Strategiile de coping sunt împărțite în două mari categorii: *angajarea constructivă* (orientată pe sarcină) în situația stresantă sau *dezangajarea* din situația stresantă.

Copingul orientat pe sarcină este asociat cu eforul depus în atingerea scopului și presupune un angajament continuu față de scop. Indivizii care își urmăresc scopurile într-o manieră autonomă au mai multă energie pentru a acționa proactiv și a preveni dificultățile apărute în atingerea scopului și sunt mai predispuși de a se focaliza pe depășirea obstacolelor. Acești indivizi nu vor percepe

progresul scăzut în atingerea scopului ca pe o ameninţare la stima de sine şi la propria valoare personală (Smith et al., 2011).

Scopurile urmărite din motive controlate şi impuse sunt un predictor pozitiv al dezangajării cognitive şi comportamentale din faţa dificultăţilor. Aceasta se explică prin faptul că indivizii care urmăresc scopuri neconcordante cu sine sunt mai predispuşi să îşi bazeze stima de sine pe succesul în atingerea scopului, astfel eşecul în atingerea scopului este privit ca o ameninţare la valoarea propriei persoane. Aceşti indivizi doresc să evite astfel de ameninţări, astfel vor adopta strategii de coping bazate pe evitare (Ryan & Deci, 2002, apud. Smith et al., 2011). Mecanismele de coping centrat pe evitare conduc la o percepţie scăzută a progresului în atingerea scopului şi la un nivel redus al stării de bine psihologice. Evitarea este asociată cu apariţia grijii, a anxietăţii şi a sentimentului de ameninţare a îndeplinirii scopului, stări care subminează procesul de autoreglare. Copingul orientat pe evitare este asociat negativ cu eforul depus în atingerea scopului (Elliot et al., 1997). Strategiile de coping prin evitare au fost relaţionate pozitiv cu nevrotismul. Indivizii cu o percepţie scăzută a abilităţilor lor de a face faţă situaţiilor de viaţă adoptă mai frecvent mecanismele de coping prin evitare. Acest tip de mecanism de coping conduce la o scădere a stării de bine psihologice a individului (Smith et al., 2011).

3.2. Efecte ale concordanţei scopurilor cu sine

Scopurile concordante cu sine conduc la satisfacerea a trei nevoi fundamentale:
- nevoia de autonomie,
- nevoia de competenţă,
- nevoia de relaţionare.

Aceste nevoi sunt concordante cu sinele autentic al persoanei. Când indivizii urmăresc scopuri concordante cu sine, ei tind să îşi regleze comportamentul într-o manieră autodeterminată prin intermediul motivaţiei intrinseci. Atingerea scopurilor concordante cu sine conduce la adaptarea psihologică şi la starea de bine psihologică (Sheldon & Elliot, 1999; Sheldon & Kasser, 1995, 1998).

Prin satisfacerea nevoilor de autonomie, competenţă şi relaţionare, oamenii sunt mai puţin predispuşi la utilizarea strategiilor de menţinere a stimei de sine pe baza unor repere externe persoanei (Kernis, 2003).

Concordanţa cu sine în stabilirea scopurilor a fost asociată cu:
- starea de bine psihologică;
- progresul în atingerea scopurilor;
- credinţe centrale pozitive faţă de propria persoană.
- motivaţia intrinsecă;
- satisfacţia de viaţă;
- satisfacţia la locul de muncă (Judge et al., 2005).

Indivizii care se percep în manieră pozitivă îşi urmăresc scopurile cu o perseverenţă mai mare decât indivizii care se percep pe sine într-o manieră negativă. Concordanţa cu sine este un mediator parţial al relaţiei dintre credinţele

centrale despre sine şi satisfacţia de viaţă. Astfel, indivizii cu credinţe centrale pozitive despre sine tind să îşi aleagă scopuri concordante cu sine, iar această alegere conduce la o rată ridicată de atingere a scopurilor şi un nivel ridicat de satisfacţie de viaţă (*ibidem.*).

Indivizii cu diferite nivele ale satisfacţiei de viaţă prezintă diferenţe în evaluarea proiectelor lor personale. Satisfacţia de viaţă ridicată este asociată cu lupta pentru îndeplinirea unor scopuri importante, plăcute şi provocatoare (Palys şi Little, 1983, apud. Brunstein, 1993).

Consecinţele afective ale atingerii scopului sunt dependente de motivele care stau la baza urmăririi unui scop. Doar atingerea scopurilor alese în mod autonom, în opoziţie cu scopurile urmărite din motive controlate, impuse, conduce la creşterea psihologică şi la un nivel ridicat al stării de bine psihologice, prin realizarea obiectivelor valorizate. Atingerea scopurilor autonome conduce la starea de bine psihologică prin intermediul satisfacerii nevoilor psihologice de autonomie, competenţă şi relaţionare (Smith et al., 2011).

Valoarea scopului, importanţa şi reuşitele trecute în îndeplinirea scopurilor personale determină afectul pozitiv (Emmons, 1986, apud. Brunstein, 1993). Afectul negativ a fost asociat cu o rată scăzută a succesului în atingerea scopului, sentimente ambivalente faţă de reuşita în urmărirea şi atingerea scopului, şi conflictul între efortul depus pentru atingerea diferitor scopuri.

3.3. Concordanţa scopurilor şi gândirea de sine

Gândurile despre sine pot fi de două tipuri:
- constructive, de tip reflexiv;
- neconstructive, de tip ruminativ (Thomsen et al., 2011).

Reflecţia sau „conştiinţa de sine epistemică" este un proces important care facilitatea cunoaşterea acurată a sinelui. Se asociază cu un nivel ridicat de internalizare a scopului. Aceasta presupune o cunoaştere acurată a sinelui manifestată sub forma congruenţei dintre comportament şi trăsăturile de personalitate (Koestner et al. 1992 apud. Thomsen et al., 2011). Integrarea armonioasă a scopurilor cu sinele conduce la reflecţie şi promovează activităţile cognitive exploratorii (Judge et al., 2005).

Scopurile cu un grad ridicat de internalizare sunt urmărite cu mai multă perseverenţă deoarece individul se identifică cu ele, sunt concordanţă cu alte scopuri urmărite de acesta, cu credinţele, valorile şi sinele autentic al individului (Deci & Ryan, 2000).

Gradul înalt de internalizare şi integrare al scopurilor este asociat cu un grad scăzut de ambivalenţă şi conflict al scopurilor. Optimizarea gândirii de sine se poate realiza prin creşterea capacităţii de autoreglare şi prin adoptarea unor scopuri concordante cu sinele, prin trecerea de la scopuri abstracte şi îndepărtate la scopuri mai concrete situate la baza ierarhiei scopurilor şi planificate într-o perioadă scurtă de timp.

Ruminaţia, sau „conştiinţa de sine nevrotică" constă în apariţia unor gânduri automate, intruzive, compulsive cu privire la ameninţări, pierderi şi injustiţii faţă de

sine şi îngrijorare. Ruminaţia este asociată cu un spectru larg de patternuri de gândire negativă asociate cu tulburări clinice: stare de bine psihologică şi fizică scăzută, deficite cognitive precum flexibilitate cognitivă scăzută, memorie şi abilităţi de rezolvare de probleme deficitare (Watkins & Teasdale, 2001).

Scopurile insuficient integrate la nivelul sinelui sunt asociate cu ruminaţia. Când individul nu şi-a internalizat complet un scop acesta poate fi urmărit pentru a obţine recompense sau a evita pedepse. Aceste scopuri nu sunt integrate la nivelul sinelui conducând la ambivalenţă, la conflict cu alte scopuri ale individului, gânduri repetitive neconstructive despre sine (Emmons & King, 1988, apud. Thomsen et al., 2011). Gândurile repetitive neconstructive apar atunci când individul nu reuşeşte să progreseze în direcţia scopurilor sale (Martin & Tesser 1996, apud. ibid.).

4. Starea de bine psihologică

Starea de bine psihologică reprezintă ansamblul afectelor plăcute pe care oamenii le resimt pe termen lung, lipsa afectelor negative şi satisfacţia de viaţă. Starea de bine psihologică prezintă nivele moderat - ridicate de consistenţă cross-situaţională şi stabilitate temporală (Diener, 1991).

Teoriile stării de bine psihologice afirmă că oamenii evaluează evenimentele, circumstanţele de viaţă şi se autoevaluează în mod continuu. Evaluarea lucrurilor în termeni de bine şi rău este un fapt universal. Conform teoriei lui Lazarus (1991, apud. Diener, 1991) aceste evaluări conduc la reacţii emoţionale, care pot fi plăcute sau neplăcute. Indivizii cu o stare de bine psihologică ridicată sunt cei care realizează cu preponderenţă evaluări pozitive asupra circumstanţelor şi evenimentelor din viaţa lor. Indivizii care sunt „nefericiţi" sunt aceia care evaluează majoritatea factorilor prezenţi în viaţa lor ca fiind nefavorabili sau ca reprezentând impedimente în atingerea scopurilor lor (Diener, 1991).

Definiţiile fericirii şi ale stării de bine psihologice pot fi cuprinse în trei categorii.

1. definirea normativă (stabileşte ceea ce este dezirabil): fericirea depinde de deţinerea anumitor calităţi dezirabile şi nu este o stare subiectivă în sine;

2. definirea subiectivă (în funcţie de standardele individului): fericirea este definită în funcţie de standardele unui individ privind semnificaţia conceptului de viaţă bună. Fericirea este considerată o stare de bine psihologică (care nu poate fi decât subiectivă).

3. definirea în balanţă: se referă preponderenţa afectului pozitiv asupra celui negativ în viaţa de zi cu zi. Din această perspectivă, fericirea implică experienţe emoţionale plăcute. Persoana trăieşte cea mai mare parte a vieţii sale încărcată de emoţii pozitive şi este predispusă în general la astfel de emoţii (ibidem.).

Starea de bine psihologică include trei caracteristici de bază:

- este subiectivă, ea îşi are originea în experienţa individului;
- include stări pozitive, nu doar absenţa stărilor/ factorilor negativi;

- evaluarea stării de bine psihologice include o evaluare globală a tuturor aspectelor vieţii unei persoane: sănătatea, virtutea, confortul şi bunăstarea (Diener, 1984).

Variabilele determinante ale stării de bine psihologice sunt:

I) satisfacţia de viaţă: prezintă cea mai mare asociere cu starea de bine psihologică;

II) stima de sine predispune oamenii pentru a fi satisfăcuţi de propria viaţă. Stima de sine este un predictor semnificativ al stării de bine psihologice;

III) venitul corelează cu starea de bine psihologică. Această relaţie există chiar şi atunci când alte variabile precum educaţia sunt controlate. Efectele educaţiei asupra stării de bine psihologice nu sunt semnificative şi interacţionează cu alte variabile precum venitul (Wright, 1978, Diener, 1984). Studiile arată că oamenii mai înstăriţi au un nivel mai ridicat de fericire, dar fericirea nu creşte neapărat odată cu creşterea venitului lor. De vreme ce nevoile de bază sunt satisfăcute, venitul nu mai are o influenţă asupra stării de bine psihologice (Diener, 1984).

IV) locul controlului intern, tendinţa de a atribui rezultatele obţinute propriei persoane mai degrabă decât cauzelor externe. Gradul de percepţie a posibilităţii de a alege şi a posibilităţii de control asupra propriei vieţi sunt semnificativ legate de starea de bine.

V) extraversia este asociată cu afectul pozitiv, iar nevrotismul este asociat cu afectul negativ. Nevrotismul prezintă o asociere pozitivă cu nefericirea (Cameron, 1975, apud. Diener, 1984).

VI) satisfacţia în muncă corelează cu starea de bine psihologică. Indivizii care nu au un loc de muncă prezintă nivele mai scăzute ale fericirii personale, însă persoanele casnice, care efectuează o muncă nesalarizată, nu prezintă nivele ale fericirii mai scăzute decât persoanele salarizate.

VII) credinţa religioasă, importanţa pe care individul o acordă religiei şi tradiţionalismul religios influenţează pozitiv starea de bine psihologică (Cameron et al., 1973, Diener, 1984).

VIII) persoanele căsătorite prezintă un nivel mai ridicat al stării de bine psihologice decât cele necăsătorite (Andrews et al., 1976, Diener, 1984). Deşi femeile căsătorite pot prezenta mai multe simptome ale stresului decât cele necăsătorite, totuşi raportează mai multe satisfacţii în viaţă (Glenn et al., 1979, Diener, 1984). Mariajul a fost un puternic predictor al stării de bine psihologice, chiar cu controlul variabilelor educaţie, venit şi statut ocupaţional (Glenn et al., 1979, Diener, 1984)

IX) rolul sănătăţii asupra stării de bine: atunci când variabilele referitoare la activităţile plăcute sunt controlate, efectul stării de sănătate asupra stării de bine psihologice este nesemnificativ. Astfel, influenţa sănătăţii asupra stării de bine psihologice nu este reprezentată de modul în care se simte persoana din punct de vedere fizic, ci de ceea ce condiţia ei fizică îi permite să facă (Campbell, 1976, Diener, 1984). Alte studii au evidenţiat rezultate semnificative între starea de sănătate şi starea de bine psihologică (Zautra et al., 1983, apud. Diener, 1984).

X) Autenticitatea sinelui este considerată aspectul fundamental al stării de bine psihologice (Horney, 1951; May, 1981; Rogers, 1961; Winnicott, 1965; Yalom, 1980, apud. Wood et al., 2008). Autenticitatea în rolurile sociale este un predictor al stării de bine psihologice (Sheldon et al., 1997).

XI) scopurile concordante cu sine conduc la o creştere a stării de bine psihologice. Percepţia progresului în atingerea scopului este un predictor al stării de bine psihologice (Brunstein, 1993). Asocierea pozitivă dintre progresul scopului, atingerea scopului şi starea de bine psihologică a fost susţinută empiric de peste treizeci de studii longitudinale (Wiese, 2007, apud. Smith et al., 2011). Indivizii cu scopuri concordante cu sine au prezentat un nivel ridicat al indicatorilor stării de bine psihologice: deschidere, empatie, autoactualizare, dispoziţie pozitivă, vitalitate şi integrarea rolurilor sociale. Prin alegerea unor scopuri în concordanţă cu sine oamenii îşi satisfac nevoile organismice acestea conducând la o rată crescută a afectelor pozitive. Afectul pozitiv este relaţionat cu prezenţa şi atingerea scopurilor importante iar afectul negativ este relaţionat cu lipsa atingerii scopurilor importante (Emmons şi Diener, 1986, apud. Emmons, 1986). Oamenii fericiţi urmăresc un număr mare de scopuri şi obiective pe când oamenii nefericiţi prezintă un angajament scăzut faţă de scopurile lor şi au puţine proiecte pe termen lung (Wessman şi Ricks, 1966, apud. Emmons, 1986).

5. În loc de concluzii

Conflictul între scopuri reprezintă situaţia în care individul percepe că încercarea lui de a atinge un scop interferează cu atingerea altor scopuri personale. *Ambivalenţa* este sentimentul unui individ că îşi doreşte să atingă un scop şi în acelaşi timp îşi doreşte să nu atingă un anumit scop.

Conflictul şi ambivalenţa scopurilor au fost asociate cu consecinţe negative, dar şi pozitive:

A) Consecinţe negative:

- efecte cognitive: inhibiţia acţiunii direcţionate spre atingerea scopului, ruminaţia. gândurile disfuncţionale implicate în conflictul scopurilor preexistente pot ocupa resursele atenţionale şi pot afecta atingerea noilor scopuri. Prin distragerea atenţiei de la sarcină, conflictul scopurilor ocupă capacitatea cognitivă care ar putea fi utilizată mai productiv în atingerea scopului (Kuhl et al., 1994, apud. Kehr, 2003);
- efecte emoţionale: afecte negative, depresie, distres emoţional. Anxietatea rezultă din incapacitatea minţii umane de a asimila simultan cogniţii incompatibile sau conflictuale;
- efecte asupra personalităţii: stare de bine psihologică redusă, nevrotism;
- efecte somatice: simptome psihosomatice, presiune mai mare a sângelui, apariţia unor boli somatice ca urmare a stresului, la bărbaţi, scăderea sistemului imunitar (Emmons & King, 1988).

B) Consecinţe pozitive:

- efortul de autoreglare: experiențele care sunt în conflict cu concepția individului despre sine și lume pot conduce la redefinirea completă a acestor concepte astfel încât să faciliteze funcționarea adaptativă a individului.

- dezvoltarea personală: conflictul între scopuri poate avea o influență pozitivă asupra dezvoltării umane și a îmbunătățiții aspectelor sinelui. Spre exemplu, un individ care își identifică conflictul între scopuri poate simți nevoia să clarifice acest conflict și să își reprioritizeze scopurile, acest lucru fiind un aspect funcțional pentru dezvoltarea persoanei.

- conflictul între scopuri poate facilita sănătatea emoțională doar în anumite condiții, acestea fiind reprezentate de rezolvarea conflictului și atingerea scopului (Kehr, 2003).

- afecte pozitive: percepția unei probabilități crescute de atingere a scopului și soluționare a conflictului între scopuri este asociată cu o rată mai mare a afectelor pozitive. Indivizii cu o satisfacție ridicată a vieții percep procesul de urmărire a scopurilor lor ca fiind important, valoros, prezintă un nivel scăzut de conflict între scopuri și au expectanțe pozitive cu privire la îndeplinirea scopurilor (Emmons, 1986).

Este de dorit a ajuta oamenii să evite conflictul între scopuri și să mențină consistența și autenticitatea între aspectele sinelui (Epstein (1982, apud. Emmons & King, 1988).

Bibliografie

Bandura, A. (1996). Enhancing human functioning the social cognitive way. *International Journal of Psychology, Vol. 31, pp. 4631-4631.*

Bono, J., Judge, T. (2003). Self-concordance at work: toward understanding the motivational effects of transformational leaders. *Academy of Management Journal, Vol. 46, Nr. 5, pp. 554–571.*

Brunstein, J. (1993). Personal Goals and Subjective Well-Being: A Longitudinal Study. *Journal of Personality and Social Psychology, Vol. 65, Nr. 5.*

Chatzisarantis, N., Hagger, M., Thøgersen-Ntoumani, C. (2008). The Effects of Self-Discordance, Self-Concordance, and Implementation Intentions on Health Behavior. *Journal of Applied Biobehavioral Research, Vol.13, Nr. 4, pp. 198–214.*

Diener, E., Suh, E. M., Lucas, R. E., & Smith, H. L. (1999). Subjective well-being: Three decades of progress: 1967 to 1997. *Psychological Bulletin, Vol. 125, pp. 276-302.*

Diener, E., Sandvik, E., Pavot, V., Gallagher, D. (1991). Response artifacts in the measurement of subjective well-being. *Social Indicators Research, Vol. 24, pp. 35-56.*

Elliot, A., Sheldon, K., Church, M. (1997). Avoidance personal goals and subjective well being. *PSPB, Vol. 23, Nr. 9.*

Emmons, R. (1986). Personal Strivings: An Approach to Personality and Subjective Weil-Being. *Journal of Personality and Social Psychology, Vol. 51, Nr. 5, pp. 1058-1068.*

Emmons, R., King, L. (1988). Conflict Among Personal Strivings: Immediate and Long-Term Implications for Psychological and Physical Well-Being. *Journal of Personality and Social Psychology, Vol. 54, Nr. 6, pp. 1040-1048.*

Judge, T., Bono, J., Erez, A., Locke, E. (2005). Core Self-Evaluations and Job and Life Satisfaction: The Role of Self-Concordance and Goal Attainment. *Journal of Applied Psychology, vol. 90, nr. 2.*

Kernis, M. H. & Goldman, B. M. (2006). A multicomponent conceptualization of authenticity: Theory and research. In Mark P. Zana (Ed.) *Advances in Experimental Social Psychology, 38.* New York : Academic Press.

Kehr, H. (2003). Goal Conflicts, Attainment of New Goals, and Well-Being Among Managers. *Journal of Occupational Health Psychology, Vol. 8, Nr. 3, pp. 195–208.*

Koestner, R., Lekes, N., & Powers, T. (2002). Attaining personal goals: Self-concordance plus implementation intentions equals success. *Journal of Personality and Social Psychology, Vol. 83, pp. 231-244.*

Ryan, R.M., Deci, E.L. (2000). Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *Am Psychol*, 55: 68-78.
Sheldon, K. M., & Elliot, A. J. (1999). Goal striving, need-satisfaction, and longitudinal subjective well-being: The self-concordance model. *Journal of Personality and Social Psychology, Vol. 76*, pp. *482-497*.
Sheldon, K. M. & Kasser, T. (1998). Pursuing Personal Goals: Skills Enable Progress, but Not all Progress is Beneficial. *Personality and Social Psychology Bulletin, Vol. 24, pp. 1319-1331.*
Scheldon, K. & Elliot, A. (1999). Goal Striving, Need Satisfaction, and Longitudinal Weil-Being: The Self-Concordance Model . Journal of pesonality and social psychology, vol. 76, nr. 3.
Sheldon, K. M., & Houser-Marko, L. (2001). Self-concordance, goal attainment, and the pursuit of happiness: Can there be an upward spiral? *Journal of Personality and Social Psychology, 80*, 152–165.
Sheldon, K. (2008). The interface of motivation science and personology. Self-concordance, quality motivation and multilevel personality integration. In J. Y. Shah & W. L. (Eds.) *Handbook of Motivation Science* (pp. 465-476). N.Y.: The Guilford Press.
Sheldon, K., Ryan, R., Reis, H. (1996). What makes for a good day. Competence and autonomy in the day and in the person. *Personality and Social Psychology Bulletin, vol. 22, nr. 12.*
Sheldon, K. M., & Elliot, A. J. (1998). Not all personal goals are personal: Comparing autonomous and controlled reasons for goals as predictors of effort and attainment. *Personality and Social Psychology Bulletin, 24*, 546–557.
Sheldon, K. M., & Emmons, R. A. (1995). Comparing differentiation and integration within personal goal systems. *Personality and Individual Differences*, *18*, 39–46.
Sheldon, K., & Kasser, T. (1995). Coherence and congruence: Two aspects of personality integration. *Journal of Personality and Social Psychology*, *68*, 531-543.
Smith, A., Ntoumanis, N., Duda, J., Vansteenkiste, M. (2011). Goal Striving, Coping, and Well-Being: A Prospective Investigation of the Self-Concordance Model in Sport. *Journal of Sport & Exercise Psychology, Vol. 33, pp. 124-145.*
Thomsen, D., Tønnesvang, J., Schnieber, A., Olesen, M. (2011). Do people ruminate because they haven't digested their goals? The relations of rumination and reflection to goal internalization and ambivalence. *Motivation and Emotion, Vol. 35, pp. 105-117.*
Wood, A., Linley, P., Maltby, J., Baliousis, M., Joseph, S. (2008). The Authentic Personality: A Theoretical and Empirical Conceptualization and the Development of the Authenticity Scale. *Journal of Counseling Psychology, Vol. 55, Nr. 3.*

MANIFESTĂRI ŞI CONDUITE ETICE NECESARE, RELEVANTE ŞI CONTEXTUALE ÎN SPAŢIUL CLINIC

Ovidiu Pop

1. Introducere

Privită din perspectiva cotidianului, a unei lumi tot mai mult ancorată în tehnologie, hrănită de pragmatism şi dominată de imediatul cotidian, preocuparea etică aproape că trece drept o naivitate ce frizează mai degrabă puerilul. Ignorarea manifestărilor etice în contextul profesional este, însă, dacă nu un semn al incompetenţei, unul prevestitor pentru o lentă, dar implacabilă, „sinucidere profesională".

Condiţia etică dezirabilă a celor angrenaţi în spaţiu profesional clinic, fie ei medici, psihologi, asistenţi sociali sau alţi specialişti nu se poate minimiza. Subliniem rolul însemnat pe care atitudinea etică şi implicit conduita etică îl au ca factori relevanţi, dacă nu chiar determinanţi, în eficienţa demersului profesional.

Bunul simţ şi buna-cuviinţă nu sunt nicidecum nişte concepte de ordin ştiinţific. Nici simţul comun nu le defineşte prea clar. Aflăm însă, încă de pe vremea gânditorului/filosoful chinez Lao Tzu, că tocmai dispariţia lor din relieful vieţii imediate, şi asta încă din perioada antichităţii, ne-a făcut să „inventăm" morala (Lao Tzu, *Tao Te Ching*) iar mai apoi etica. Totuşi, nici etica şi nici morala, nu îşi au criteriile cu care operează în interiorul domeniului, ci înafara lui. Raporturile dintre noi, ca oameni, sunt cele care restrâng aria criteriilor şi reperelor etice la un cod de conduită. Acest cod este întotdeauna tributar epocii, comunităţii şi mediului profesional în care acesta se aplică. Cu alte cuvinte paleta relativităţii etice este restrânsă tocmai de caracteristicile locului, timpului şi contextului în care aceasta se aplică. Nu este acelaşi lucru, nu sunt aceleaşi implicaţii în cazul unei conduite neoneste ca medic, ca psiholog, ca matematician sau ca jurnalist. Imperativul unei anume conduite nu are aceleaşi resorturi şi nici aceleaşi consecinţe atunci când de deplasăm de la o profesie la alta, chiar dacă formularea sau enunţul rămâne identic.

Nici formularea diferită însă, nu presupune consecinţe sau comportamente diferite. Ceea ce contează în ultimă instanţă este rezultatul acţiunii, viziune consacrată deja de o parte importantă a eticii normative, etica de tip finalist sau teleologică. Dacă rezultatul corespunde aşteptărilor, criteriilor profesionale şi conduce la bunăstarea beneficiarului, atunci devine dezirabil şi este susţinut până când, un eventual nou context apărut, schimbă, fie parte, fie în totalitate, percepţia acestuia.

Remarcabilă prin conţinut era viziunea unui senator grec, Plenides, care încă de prin anii 400 B.C. (aproximativ) spunea: *„Pentru a avea o viaţă etică şi*

morală trebuie să faci mai mult decât iți este cerut și mai puțin decât iți este permis." (Powell, 2011). Deşi foarte generală prin conținut, formularea este bine nuanțată ca formă, reflectând raportul fin, dar real, dintre libertatea manifestărilor şi acceptarea lor din perspectivă psiho-socială.

La baza formării moralității stă de fapt procesul de internalizare a alegerile şi orientările acțiunilor umane şi calificarea lor drept valori. Acest proces condensează nenumărate eforturi, necesare pentru a menține această orientare şi alegere. Nu este întâmplător că specia umană are cea mai lungă copilărie. Unul din principalele motive este tocmai perioada îndelungată de care acest proces de constituire şi internalizare a valorilor are nevoie. Structurarea, sistematizarea şi ajustarea în timp a acestor valori conduce la constituirea sistemului propriu de valori care ne ghidează opțiunile, alegerile şi acțiunile noastre. Acest proces de internalizare a alegerilor stă astfel la temelia apariției sistemului propriu de valori care apoi, prin acordarea cu sistemul de valori al semenilor, constituie premisa internalizării unui cod de valori acceptat social sau grupal ce va determina morala acelei societăți, a acelui grup. Ştiința care încearcă să valideze permanent acest cod a primit denumirea de etică.

„*Morala este un cod de valori ce ghidează alegerea acțiunilor umane*" (Rand, 1964) Morala acompaniază comportamentul precum surâsul buzele, surâsul nu există decât prin jocul buzelor, la fel morala există doar prin manifestările comportamentale, observabile.

„*Etica este știința definirii și validării acestui cod*" (Rand, 1964). Şi implicit viața este standardul de valoare: o morală corectă (validă) este una care vine în întâmpinarea vieții.

Orice judecată de valoare sau orice demers axiologic am avea, are drept consecință exprimarea propriilor noastre valori. Ceea ce e demn de reținut este că deşi orice judecată morală exprimă ceea ce noi valorizăm, nu orice exprimare a valorilor este neapărat morală. Spre exemplu, aprecierea persoanele vârstnice cu experiență profesională, este o exprimare a unor opțiuni valorice. Însă ea nu este neapărat etică într-un anumit context profesional, pentru poate genera forme de discriminare, pe criterii de vârstă, ale celor mai tineri.

Astfel nu doar comportamentele, atitudinile, gesturile, mimica, tonul, etc. sunt relevante în spațiul profesional ci şi contextul şi modul în care are loc exprimarea valorilor.

Manifestările cu implicații etice, fie ele, gesturi, comportamente, atitudini, reprezintă însă doar o formă concretă, observabilă şi mai frecvent utilizată pentru descrierile etice ale spațiului profesional.

Din fericire evoluția şi formarea profesională ține cont tot mai mult de nuanțele manifestărilor etice. Un prim aspect important atât pentru procesul de formare profesională a psihologului din zona sănătății mentale, cât şi pentru beneficiarii de serviciilor lor, este ca aceştia să devină conştienți de aspectele etice cu care se confruntă.

Pentru o mai clară înțelegere a manifestărilor etice, a conduitelor etice, în ultimă instanță, dar şi a implicațiilor acestora, nu putem să le listăm pur şi simplu

fără a le sistematiza într-o minimă tipologie a manifestărilor şi conduitelor de tip etic care se pot decela în contextul clinic.

Astfel în cele ce urmează manifestările şi conduitele de tip etic vor fi prezentate ca fiind: necesare, relevante şi contextuale. Primele nu sunt neapărat mai importante dar au un grad de universalitate şi o prezenţă constantă, fiind adesea interiorizate sub formă de principii sau atitudini profesionale. Manifestările relevante etic sunt cele care îşi menţin gradul de universalitate însă îşi reclamă o prezenţă discretă, subtilă, eventual discontinuă, în conduita clinicianului. În fine, manifestările contextuale sunt cele care, ţin de, şi se manifestă doar într-un anumit context.

2. Manifestări/conduite etice necesare

Printre conduitele etice necesare putem menţiona: informarea clientului si auto-informarea cu privire la standardele etice prezente, respectul clientului, menţinerea integrităţii profesionale, responsabilitatea profesională şi păstrarea confidenţialităţii. Titulatura de „conduite necesare" provine din faptul că acestea se întâlnesc la toate tipurile de servicii, în cadrul fiecărei şedinţe/întâlniri, în cazul fiecărui nou client. Vom avea însă în vedere mai ales serviciile psihologice oferite.

2.1. Auto-informarea permanentă şi informarea clientului

Pentru cei ce oferă servicii de psihologie, respectiv consiliere, psihoterapie ori evaluare în cadrul clinic este *sine qua non* cunoaşterea şi înţelegerea cerinţelor etice chiar şi dincolo de minimum reglementărilor profesionale. Astfel pentru cei ce oferă astfel de servicii este obligatorie auto-informarea permanentă cu privire la standardele etice curente. Cei ce primesc însă, aceste servicii, sunt întru-totul îndreptăţiţi să fie informaţi cu privire la drepturile lor pe tot parcursul serviciului oferit. Acest fapt este cu atât mai necesar cu cât. persoanele care beneficiază de serviciile respective, sunt în poziţii de mai mare vulnerabilitate.

Rolul consimţământul informat este ca în urma informării clientului cu privire la forma de intervenţie utilizată, metodele folosite, riscuri, alternative, limitele confidenţialităţii, implicarea unor terţi, onorarii sau oricărei alte cereri de informare solicitată de client în acest sens, să putem primi acordul acestuia, în deplină cunoştinţă, privind demararea serviciului clinic. Aşadar, ne vom asigura că în procesul de obţinere a consimţământului informat au fost bine înţelese: *scopul şi natura activităţii, responsabilităţile mutuale, beneficiile şi riscurile, alternativele, posibilitatea încetării unei acţiunii, opţiunea de a refuza sau de a se retrage în orice moment fără a suferi vreun prejudiciu, perioada de timp în care e valabil consimţământul, modul în care se poate revoca consimţământul dacă se doreşte acest lucru.*

În realizarea evaluărilor consimţământul informat include explicarea naturii şi scopului testării, costurile testării, implicarea unei eventuale a treia părţi, limitele de confidenţialitate şi momentele când poate formula întrebări pentru a primi răspunsuri.

Evident obţinerea lui are loc înainte de începerea oricărui tip de serviciu psihologic (evaluare, terapie, consiliere, etc.) şi se va căuta obţinerea lui din partea persoanelor independente sau parţial dependent, excepţie făcând circumstanţele în care există nevoi urgente (de ex. tentative sau acţiuni suicidare). În astfel de circumstanţe, se va acţiona, cu asentimentul persoanei, căutând să obţinem cât se poate de repede consimţământul, utilizând un limbaj care să fie clar şi în acord cu nivelul de înţelegere al acelei persoane.

În cazul în care, persoana care beneficiază de un serviciu clinic este în imposibilitatea de a-şi da consimţământul, se va căuta obţinerea acestuia de la o persoană apropiată acesteia care poate să-i apere interesele în mod legal sau de la o persoană care, conform legii, este în măsură să o reprezinte.

2.2. Respectul clientului

Respectul faţă de client este una dintre cele mai importante manifestări de tip etic, poate chiar cea mai importantă dacă judecăm după locul de prim rang pe care-l ocupă în codurile etice acest principiu al respectării drepturilor şi demnităţii oricărei persoane.

Respectul clientului presupune în primul rând acceptarea trăirilor, experienţelor, cunoştinţelor, valorilor şi opţiunilor clientului. Respectul clientului înseamnă şi neangajarea în prejudicierea imaginii acestuia, abţinerea de la manifestări de inechitate pe criterii de cultură, naţionalitate, etnie, rasă, religie, sex, etc., şi neangajarea în remarci sau comportamente ce aduc prejudicii demnităţii acestuia.

Presupune de asemenea un limbaj ce exprimă respectul faţă de *demnitatea* acestuia atât în comunicarea scrisă cât şi în cea verbală, respectarea drepturile celor care beneficiază de servicii clinice, inclusiv a participanţilor la cercetare, protejând astfel propria lor demnitate.

De asemenea presupune o grijă, pentru a nu viola spaţiul privat personal sau cultural al individului sau grupului, fără o permisiune clară şi o garanţie că acest lucru este acceptat, pentru a nu viola libertatea individuală, integritatea fizică sau psihologică a persoanei, iar consimţământul nu va fi dat în condiţii de coerciţie sau sub presiune.

2.3. Integritatea profesională

Integritatea profesională presupune evitarea oricăror ingerinţe care pot afecta calitatea actului profesional, fie că e vorba de interese personale, de grup, de afaceri, politice sau de orice alt tip. Integritate profesională înseamnă manifestarea în orice context profesional a onestităţii, a deschiderii, a unei atitudini reflexive şi o recunoaştere a limitelor profesionale prezente.

Maniera onestă este cea în care se prezintă în mod integru domeniile de specialitate în care clinicianul este atestat, competenţele şi experienţa profesională acestuia.

De asemenea, onorarea promisiunilor şi angajamentelor, promovarea cu acurateţe, obiectivitate şi bună credinţă a activităţilor clinice, neangajarea în fraudă,

eludări, subterfugii sau denaturări intenţionate ale faptelor, reprezintă repere ale manifestării integrităţii profesionale.

Integritatea profesională mai presupune şi o grijă în evitarea oricăror forme de discriminare, evitarea de recompense exagerate, menite doar să motiveze un individ sau un grup să participe într-o activitate care implică riscuri majore şi previzibile, evitarea situaţiilor care pot conduce la un conflict de interese sau care pot reduce capacitatea lor de a fi obiectivi şi imparţiali în stabilirea intereselor clientului şi nu în ultimul rând evitarea de practici care pot aduce daune imaginii clinicienilor sau profesiei.

Însă în oricare dintre situaţiile profesionale, deschiderea către celălalt este cea care permite interacţiunii să fie productivă şi stimulativă, pentru că participanţii au expectaţii de îmbogăţire comunicaţională şi valorică mai degrabă decât de contestare a punctului de vedere, al celuilalt.

Acest aspect al deschiderii este menţionat în majoritatea codurilor etice şi deontologice. Această deschidere nu implică automat acceptarea viziunii clientului şi nici încurajare comportamentelor neadecvate serviciului şi contextului respectiv. Deschiderea implică mai degrabă acceptarea existenţei valorilor şi a ierarhizării acestora în cazul fiecărui client. Deschiderea este o virtute fundamentală a multiculturalismului şi necesită angajarea clinicianului (în special al consilierului) într-o continuă auto-transformare (Fowers & Davidov, 2006).

O altă caracteristică importantă, o altă virtute, am putea spune, este reflexivitatea, adică obiceiul de a scruta permanent aserţiunile folosite, articularea lor teoretică, obiectul de studiu al acestora şi modul cum acestea sunt concepute ştiinţific, individual şi colectiv (Bourdieu & Wacquant, 1992).

În timp ce deschiderea măreşte senzitivitatea faţă de ceilalţi, reflexivitatea măreşte senzitivitatea faţă de propriile credinţe şi convingeri. Reflexivitatea previne astfel acceptarea mitului neutralităţii valorice şi ne face responsabili faţă de clienţi şi societate.

Astfel o serie de viziuni moderne greşesc când abandonează tema virtuţii pentru a construi tot soiul de etici independente de context (Stewart-Sicking, 2008).

Toate aceste cerinţe, conturează de fapt, imaginea şi profilul tipic al serviciului clinic, îi creează identitatea şi specificitatea. O comparaţie interesantă este cea făcută de Sperry, între orientările de tip spiritual, fie ele autohtone sau orientale şi serviciile de consiliere sau psihoterapie.

Acesta remarcă chiar o serie de similarităţi funcţionale între orientările spirituale şi consiliere ori psihoterapie. Ambele includ ascultarea, evaluarea, identificarea patologiei, transformarea, relaţionarea sănătoasă, sfătuirea, colaborarea, identificarea rezistenţelor sau explorarea transferului (Sperry, 2004, 2005).

Alţi autori, precum Benner D., disting însă între consiliere şi orientările spirituale în trei moduri. Consilierea este centrată pe problemă, pe când orientările spirituale pe diverse aspecte spirituale. Apoi, consilierul caută să se ajusteze la experienţa clientului, pe când în orientarea spirituală se caută ajustarea la Divinitate. Şi în fine, în al treilea rând, consilierul foloseşte de obicei înregistrări care sunt păstrate conform cerinţelor etice profesionale spre deosebire de orientările spirituale care nu fac asta (Benner, 2002).

2.4. Responsabilitatea profesională

O conduită responsabilă profesional presupune, protejarea şi promovarea stării de bine a clienţilor, în primul rând, dar şi a colegilor şi a tuturor celorlalţi implicaţi în contextul profesional, presupune evitarea provocării de daune acestora, înţelegând cu responsabilitate consecinţele propriilor lor acţiuni.

Respectarea dreptului oricărui client de a sista participarea la serviciul oferit este, în general, garantată de codurile etice dar reprezintă şi o manifestare vizibilă de înţelegere a responsabilităţii profesionale, atunci când ea se impune.

Tot în perimetrul responsabilităţii profesionale se găseşte şi refuzul de a sfătui, de a instrui ori de a furniza informaţii celor care, pot utiliza greşit cunoştinţele şi deprinderile, voluntar sau involuntar, în dauna celorlalţi.

De asemenea, responsabil profesional este şi cel/cea care delega activităţi psihologice doar spre persoane care au competenţele necesare, care se consultă cu alţi specialişti în cazul apariţiei unor dileme etice, care sesizează cazurile de comportamente non-etice, atunci când rezolvarea informală, amiabilă nu a fost posibilă, care nu furnizează servicii clinice atunci când sunt obligaţi să o facă împotriva eticii profesionale.

Pe lângă o conduita responsabilă privind alegerea şi aplicarea celor mai potrivite metode şi tehnici acceptate profesional, fiind direct răspunzători de consecinţele acţiunilor lor, este de asemenea încurajată conduita pro-activ responsabilă, urmărindu-se promovarea dezvoltării profesionale a studenţilor, a supervizaţilor sau a participanţilor la programele de formare profesională.

Deşi ar putea să pară contradictoriu, atunci când reglementările sociale, comunitare intră în conflict cu principiile şi standardele etice clinicianul va face tot ce este posibil pentru a se respecta şi principiile etice.

Toate enumerările de mai sus, nu fac altceva, decât să contureze imaginea conduitei responsabile profesional în spaţiul clinic, dar nu numai.

2.5. Confidenţialitatea

Regimul confidenţialităţi în zona clinică presupune protejarea tuturor informaţiilor adunate în timpul activităţii profesionale şi abţinerea de la dezvăluirea informaţiilor deţinute despre clienţi, colegi, clienţii colegilor, studenţi, supervizaţi sau alte persoane implicate, excepţie făcând situaţiile în care se previne un pericol iminent privind săvârşirea unei fapte penale sau pentru împiedicarea producerii rezultatului unei asemenea fapte. Vorbim aici de limitele confidenţialităţii, de condiţiile în care aceasta poate fi încălcată. Nu este însă întotdeauna uşor să decidem când e cazul să încălcăm confidenţialitatea şi când nu. Justificarea încălcării confidenţialităţii se află, de cele mai multe ori, sub semnul întrebării din cauza predictibilităţii incerte cu privire la acţiunile viitoare ale clientului. Acesta este şi unul dintre motivele pentru care cele mai multe dileme întâlnite în spaţiul clinic sunt cele legate de confidenţialitate (Lindsay & Clarkson, 1999). Există şi alte motive, ce ţin de cultura etică a fiecărui practician, dar şi de demnitatea sa profesională.

Modalitate cea mai simplă prin care se poate preveni încălcarea confidenţialităţii este solicitarea acordului privind dezvăluirea sau utilizarea informaţiilor clientului sau a celor implicaţi în respectivele evenimente profesionale. Mai ales în cazul clienţilor, obţinerea acordului este mult mai facilă decât ne imaginăm. Clienţii au, în general, mai puţine rezistenţe faţă de dezvăluirea de informaţii, decât consilierii sau terapeuţii lor. Acest fapt pare a fi o consecinţă ce ţine de o „deformaţie profesională" ca urmare a tipului specific de relaţionare.

Relaţia dintre clinicieni şi beneficiarii serviciilor lor este adesea o relaţie foarte sensibilă ce necesită realizarea unei alianţe pentru desfăşurarea în bune condiţii a activităţii profesionale, motiv pentru care confidenţialitatea este obligatorie. Atunci când din motive ce nu pot fi evitate, nu mai pot păstra confidenţialitatea, aceştia vor înceta să mai ofere serviciul respectiv.

Dezvăluirea de informaţii mai poate fi făcută, fără consimţământul celui/celor implicaţi de o aşa manieră încât cei vizaţi să nu poată fi identificaţi. De altfel, pentru o mai bună siguranţă, rezultatele, documentările şi notiţele clinicianului vor fi redactate şi păstrate într-o formulă care păstrează cu rigurozitate anonimatul.

În cazul în care cu acelaşi client/persoană lucrează doi clinicieni în acelaşi timp, aceştia vor colabora pe cât posibil, fără restricţii de confidenţialitate, excepţie făcând situaţia în care există o opoziţie clară din partea clientului/persoanei în acest sens. De asemenea, personalul auxiliar fie nu va avea acces, fie va păstra confidenţialitatea informaţiilor la care are acces prin natura activităţilor sale.

Dacă însă există terţi implicaţi în activitatea profesională a clinicianului, acesta va clarifica cu părţile implicate, încă de la început, limitele confidenţialităţii, condiţiile de păstrare ale acesteia şi nu va da curs nici unei solicitări venite de la terţi, în dezvăluirea de informaţii confidenţiale, decât în condiţiile respectării reglementărilor profesionale şi limitelor confidenţialităţii.

Studiul realizat de Lindsay şi Clarkson (1999) cu privire la incidenţa procentuală a dilemele etice cel mai des întâlnite în spaţiul clinic, arată, că cel mai mare procent se constată în cazul confidenţialităţii, urmat de relaţiile duale, respectiv de conduita colegială şi alte domenii: avansuri sexuale, aspecte legate de activităţi de formare academică, probleme de competenţă.

3. Manifestări/conduite etice relevante

Unele comportamente, gesturi sau atitudini, deşi sunt mai puţin vizibile prin forma de exprimare a lor în spaţiul profesional, au însă implicaţii etice majore în economia relaţiei. În cele ce urmează vom menţiona o serie de astfel de manifestări indezirabile, forma negativă a acestora, fiind mai uşor de prezentat, dar şi de reţinut.

Înainte, să precizăm totuşi, că relaţia de tip terapeutic, specifică spaţiului clinic, este una prin definiţie inegală sub raportul autorităţii, fapt ce constituie nu doar o bază a implicării şi eforturilor clientului în procesul terapeutic ci şi o posibilă sursă de abuzuri sau exploatări conştiente sau inconştiente ale clinicianului. Conştientizarea şi evitarea conduitelor de tip abuziv reprezintă o

expresie, relevantă profesional, pentru conduita etică a acestuia. Iată în continuare câteva manifestări şi conduite, adesea neglijate, prin care este afectată eficienţa demersului profesional. Primele ţin de comportamentul verbal pe când ultimele de cel non-verbal.

Discriminarea prejudiciază ori promovează prejudecăţi cu privire la persoane datorită culturii acestora, naţionalităţii, etniei, rasei, religiei, sexului sau orientării sexuale, statutului marital, abilităţilor fizice sau intelectuale, vârstei, statutului socioeconomic şi oricăror alte preferinţe, caracteristici personale, condiţii sau statute.

Ascunderea sau falsificarea informaţiilor îngreunează relaţia şi dezvoltarea ei aducând un sentiment de neîncredere reciproc (ex. - *sunt lucruri pe care nu pot să ţi le dezvălui încă...*).

Contrazicerea sau refuzarea acceptării punctului de vedere al clientului (de exemplu, *trebuie să te contrazic chiar dacă nu îmi face plăcere*).

Desconsiderarea trăirilor clientului implică faptul ca e ceva greşit cu acesta dacă simte aşa (de exemplu, *toată lumea trăieşte astfel de evenimente, nu eşti nici prima nici ultima persoană*).

Defăimarea provoacă un sentiment de nedreptate şi adesea e acompaniată de intenţii răuvoitoare (de exemplu, *nu toată lumea te cunoaşte bine... dar eu ştiu cum eşti*).

Reproşul este extrem de invalidant, demobilizează şi blochează manifestările (ex. -*nu mă aşteptam la aşa ceva din partea ta...*).

Deturnarea ocoleşte aspecte care pot prezenta interes pentru client, dar nu şi pentru cealaltă parte (de exemplu, *să trecem la aspecte care sunt cu adevărat importante acum... nu avem mult timp*").

Etichetarea oferă o imagine rudimentară, limitativă asupra persoanei şi adesea umilitoare (de exemplu, *pari a fi o persoană... simplă/ complicată/ egoistă*).

Interogarea tendenţioasă induce sentimentul de obligativitate (de exemplu, *vrei să-mi răspunzi totuşi la întrebările pe care ţi le-am adresat*).

Blocarea şi derutarea clientului face să se evite discutarea aspectelor importante pentru acesta (de exemplu, *stop, opreşte-te...*; *nu e cazul să mai continui, am înţeles...*).

Acuzarea şi blamarea clientului pentru propriile manifestări/ greşeli/ izbucniri induce ideea că de fapt acesta e de vină pentru abuzul comis (de exemplu, *dacă nu erai aşa neatent, nu m-aş fi manifestat astfel*).

Trivializarea induce clientului un sentiment de inutilitate – este lipsit de importanţă (de exemplu, *este in regulă, ştim că avem probleme de comunicare pentru că nu eşti deloc capabil să vezi întregul tablou. O să compensez eu pe cât se poate/lasă-mă pe mine să rezolv*).

Ameninţarea este o formă de control ce induce frici şi temeri profunde (de exemplu, *încheiem bunele maniere dacă nu reuşim să ne înţelegem...*).

Uitarea promisiunilor este o forma de evitare a comportamentelor (de exemplu, *nu-mi aduc aminte să fi promis asta...*).

Negarea este o formă mai puternică de uitare (de exemplu, *n-am spus niciodată aşa ceva. De unde îţi vin ideile astea?*).

Ridicare tonului tensionează dând sentimentul de putere dar crește anxietatea și sentimentul de eșec al clientului (de exemplu, *nu ridica tonul la mine*!!).

Critica și judecarea în loc de o exprimarea neutră sau corecții verbale în maniera punitivă (de exemplu, *ai putea să faci acum și așa cum trebuie?*).

Umilirea fie în public, fie în particular induce jenă, rușine, disconfort (*trebuie să fiți toleranți cu el, așa e el*).

Manipularea utilizează sentimentul de responsabilitate, de obligație sau chiar de iubire al clientului pentru a atinge scopuri personale (*dacă ți-i la mine cu adevărat, atunci vei vrea să faci asta pentru mine…*).

Ridiculizarea sau realizarea de glume, luarea în râs sau chiar bătaie de joc a clientului (*chiar vrei să descoperi totul dintr-odată?*).

Dintre manifestările non-verbale sunt de menționat:

Dominarea setează contextul pentru ca autoritatea să dețină mereu controlul și împiedică posibilitățile de manifestare ale clientului (de exemplu, *plasarea într-o zonă privilegiată din spațiu; privirea celorlalți de sus, etc.*).

Așteptările/pretențiile nerezonabile induc sentimentul de vinovăție pentru că nu răspund niciodată deplin așteptărilor autorității, oricât se străduiește niciodată nu e suficient.

- manifestările neașteptate, schimbări bruște de stare sau explozii emoționale ce paralizează manifestările clientului dominându-l pe moment (ex. – *ridicare bruscă și părăsirea unei încăperi, urmată de revenire ca și cum nimic nu s-ar fi întâmplat).*

- neglijarea induce un sentiment de inferioritate, de insignifiant (ex. - *mutarea atenției în altă parte în timp ce se adresează clientului).*

- evitarea este oarecum o formă conștientă de neglijare (ex. - *ocolirea persoanei în timp ce aceasta vine, în mod evident, spre tine).*

- hărțuirea necăjirea, întărâtarea, sâcâirea, zgândărirea clientului, sub diferite modalități, aduc iritate și nevoia de evitare, de fugă.

4. Manifestări/conduite etice contextuale

Contextul profesional impune, nu de puține ori, situații care pretind o abordare etică adecvată și specifică acelui context. Cu alte cuvinte dincolo de toate conduitele necesare ori relevante, menționate mai sus, se pot adăuga cerințe etice suplimentare, generate tocmai de specificitatea contextului profesional. Iată în continuare câteva exemple de situații profesionale care reclamă o abordare etică matură și adecvată.

4.1. Relațiile duale sau multiple

Relațiile duale sunt cele în care clinicianul se află simultan în două roluri, dintre care cel puțin unul este cel profesional.

O relație se consideră a fi multiplă și în cazul în care:

- există cel puțin două roluri cu una și aceeași persoană

- exista o relaţie profesională cu o persoană şi cel puţin o altă relaţie cu o altă persoană, dar care se află într-o relaţie de rudenie sau este o cunoştinţă apropiată a celei dintâi.

Există cel puţin o cunoştinţă comună şi apropiată atât psihologului cât şi persoanei care beneficiază de suportul/serviciul psihologului.

Evitare relaţiilor multiple pe cât posibil, este o recomandare aproape imperativă, necesară pentru păstrarea obiectivităţii, competenţei şi eficienţei activităţilor desfăşurate în contextul profesional.

Relaţia de intimitate cu clienţii este un caz particular al acestei relaţii duale/multiple ce se poate instala şi care rămâne indezirabilă din perspectivă profesională chiar şi după încheierea serviciului oferit.

Doverspike, W. F. reformulează, pe bună dreptate, denumind relaţia de intimitate cu clientul - *incest profesional* (Doverspike, 1999).

4.2. Limitele de competenţă

Limitarea de competenţă este situaţia în care, evoluţia relaţiei profesionale este împiedicată de limitele formării profesionale, de o incapacitate parţială sau tranzitorie, ca urmare a afectării stării de sănătate sau datorită unor probleme personale apărute.

În aceste cazuri clinicianul va căuta să ceară sprijin şi eventual asistenţă profesională pentru a decide dacă trebuie să limiteze, suspende sau să încheie respectiva activitate profesională. Unul dintre indiciile conduitei etice, în astfel de situaţii de impas profesional, este tocmai consultarea profesională, cu colegii, şi dacă e necesar şi cu supervizorul.

În situaţia în care, indiferent de motive, competenţa îi este afectată, clinicianul va căuta, fie să şi-o recapete cât mai repede posibil, fie să orienteze clientul spre un coleg care are competenţa necesară pentru a continua serviciul început.

Există totuşi o excepţie. În cazul în care pentru un tip de solicitare sau serviciu nu există standarde generale recunoscute, nici training pregătitor, nici specialişti disponibili în acel domeniu şi totuşi clinicianul este solicitat, acesta va depune toate eforturi pentru obţinerea unui standard minimal de competenţă având permanent grijă să protejeze clienţii şi pe toţi cei implicaţi pentru a nu produce acestora daune sub o formă sau alta. În acest caz serviciul va continua până când solicitarea încetează sau până când un specialist cu competenţă recunoscută în acel domeniu devine disponibil.

Deziderатul creşterii calităţii serviciilor şi standardelor profesionale nu poate să nu implice şi un permanent efort de menţinere şi dezvoltare a competenţelor lor prin informare permanentă, prin programe de formare profesională de specialitate, prin consultări cu ceilalţi specialişti din domeniu ori din domenii conexe, prin cercetări care să conducă în mod real spre creşterea competenţei profesionale a tuturor specialiştilor angrenaţi în eforturile de dezvoltare a acestui domeniu profesional, în condiţiile respectării dezideratelor etice.

4.3. Obiectivitatea

Există situaţii când este necesară prezentarea rezultatelor, a serviciilor, a concluziilor acestora, etc.

Clinicianul trebuie să fie conştient de limitele procedurilor folosite, indiferent de tipul de activitate şi va avea grijă să prezinte corespunzător concluziile serviciilor oferite, cu maximă obiectivitate, evitând orice tendinţă de prezentare parţială sau cu tentă subiectivă.

De asemenea nu va prezenta fals limitele competenţei sale şi nu va prezenta pregătirea sau formarea sa într-un mod care să-i favorizeze nemeritat poziţia sau imaginea publică, indiferent de tipul de activitate profesională desfăşurată.

4.4. Limitele de confidenţialitate

Confidenţialitatea aşa cum precizam mai sus, generează cele mai multe dileme etice în spaţiul clinic. Există însă o serie de limite ale acesteia care implică cel puţin parţial dezvăluirea de informaţii.

Una din situaţiile cele mai menţionate deşi nu este printre cele mai frecvente, are loc atunci când se previne un pericol iminent privind săvârşirea unei fapte penale sau pentru împiedicarea producerii rezultatului unei asemenea fapte.

În consilierea/psihoterapia de grup, spre exemplu, dificultatea păstrării confidenţialităţii, cu implicaţii directe asupra grupului, este adesea atribuită membrilor grupului si nu consilierului sau psihoterapeutului. Membrul unui grup, spre deosebire de clientul individual nu poate să ne asigure întotdeauna că ceea ce se spune şi se vede în grup va fi păstrat în spaţiul privat al grupului (Davis & Meara, 1982). Dacă terapeutul de grup este limitat de cerinţele de confidenţialitate reglementate şi specifice grupului, membrii nu sunt (Rapin, 2004).

Atunci când din motive ce nu pot fi evitate, confidenţialitatea nu mai poate fi păstrată, recomandabilă este încetarea ofertei acelui serviciul psihologic.

Atunci când există terţi (personal auxiliar, coordonatori indirect implicaţi in programele respective, etc.) implicaţi în activitatea profesională a clinicianului, acesta va da curs unei solicitări venite de la terţi, privind dezvăluirea de informaţii confidenţiale, doar în condiţiile respectării reglementărilor profesionale.

4.5. Clienţi vulnerabili sau cei cu capacitate limitată de discernământ

Clienţi vulnerabili sau cei cu o limitare a discernământului reprezintă o categorie specială de clienţi care necesită o grijă şi o atenţie deosebită. În primul rând consimţământul nu trebuie obţinut în condiţii de coerciţie sau presiune de nici un fel.

În al doilea rând îngăduinţa, răbdarea, toleranţa faţă de modul de participare şi manifestare al clientului sunt considerabil mai mari, existând o grijă permanentă pentru a nu leza interesele clientului sub nici o formă.

În fine, decizia de finalizare a serviciului clinic trebuie negociată cu clientul în termeni care să fie rezonabili faţă de limitele acestuia.

4.6. Încheierea sau întreruperea relaţiei profesionale

Întreruperea serviciului oferit şi implicit a relaţiei profesionale poate surveni, şi este justificată, în situaţia îmbolnăvirii clinicianului, în caz de forţă majoră, în cazul neachitării onorariului sau la solicitarea clientului. Întreruperea relaţiei profesionale, reprezintă doar o secţiune temporală, mai mică sau mai mare, în cadrul serviciului oferit. Această secţionare poate aduce însă cu ea, consecinţe negative asupra procesului clinic aflat în desfăşurare, de la întârzierea şi prelungirea lui, până la instalarea ineficienţei. Decizia întreruperii trebuie bine evaluată, înainte de ai da curs, excepţie face situaţia în care există o solicitare expresă din partea clientului.

Încheierea serviciului oferit, este permisă numai în cazul unei agresiuni din partea clientului, în cazul în care continuarea serviciului nu mai aduce nici un fel de beneficii clientului, în cazul în care obiectivele au fost atinse şi clientul a devenit autonom şi, evident, la cererea clientului.

Orice drept moral reprezintă un drept fundamental şi inalienabil al omului, iar acesta poate fi sau nu protejat de legile în vigoare. Protejarea unor drepturi precum, dreptul la egală justiţie, la onestitate, la dezvoltarea unei intimităţi adecvate, la autodeterminare, la libertate personală, la informare, pot implica practici care nu sunt conţinute sau controlate de către legile în vigoare iar uneori nici în codurile etice sau deontologice. În plus drepturile morale nu se limitează la cele menţionate în definiţii.

*
* *

Remarcăm aşadar, că gestionarea conduitelor etice este mai complicată decât pare la prima vedere. Fără o bună cunoaştere a acestora şi a riscurilor comportamentelor neadecvate, fără efortul de a menţine constant o conduită etică în cadrul profesional, dar şi înafara lui, pe cât posibil, este iluzorie menţinerea unor standarde de profesionale de calitate şi cu atât mai puţin o eficienţa a serviciilor oferite.

Bibliografie

Benner, D. (2002). Sacred companions: The gift of spiritual friendship and direction. Downers Grove, IL: Intervarsity Press.

Bourdieu, P., & Wacquant, L. J. D. (1992). An invitation to reflexive sociology. Chicago: University of Chicago Press.

Davis, K.L., & Meara, N.M. (1982). So you think it is a secret. Journal for Specialists in Group Work, 7, 149-153.

Doverspike, W. F. (1999) Ethical Risk Management-Guidelines for Practice, Proffesinal Resources Press, 12-13.

Ethical dilemmas of psychotherapists, Lindsay Geoff; Clarkson Petruska. *Psychologist* 12. 4 (Apr 1999): 182.

Fowers, B. J., & Davidov, B. J. (2006). The virtue of multiculturalism: Personal transformation, character and openness to other. *American Psychologist*, 61, 581-591.

Powell, T. (2011). The origin of ethics. CPA Practice Management Forum, 7(11), 8-11.

Rand, Ayn (1964). The Virtue of Selfishness (paperback ed.). New York: Signet. ISBN 0-451-16393-1.

Rapin, L.S. (2004). Guidelines for ethical and legal practice in counseling and psychotherapy groups. In J.L. DeLucia-Waack, D.A.

Gerrity, C.R. Kalodner, & M.T. Riva (Eds.), Handbook of group counseling and psychotherapy (pp. 151-165). Thousand Oaks, CA: Sage.

Sperry, L. (2005) Integrative spiritually oriented psychotherapy. In L. Sperry & E. P. Shafranske (Eds.), Spiritually oriented psychotherapy (pp.307-309). Washington, DC: American Psychological Association.
Stewart-Sicking, J. (2008). Virtues, values, and the good life: Alasdair MacIntyre's virtue ethics and its implications for counseling. *Counseling and Values, 52*(2), 156-171.

ISBN 978-606-591-886-3

9 786065 918863

www.editurauniversitara.ro

ISBN gen. 978-973-749-942-4

9 789737 499424